



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DE SAÚDE NORTE

**As Representações Sociais do idoso em profissionais e não profissionais
de saúde no município de Benguela-Angola**

Autor: Januário Santos

Benguela Março de 2012



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DE SAÚDE NORTE

As Representações Sociais do idoso em profissionais e não profissionais de saúde no município de Benguela-Angola

Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em psicologia clínica e de saúde, sob a orientação do Professor Mestre Ernesto Fonseca Paulo.

Autor: Januário Santos

Benguela, Março de 2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, às minhas filhas, filhos e especialmente a minha esposa Maria da Conceição Sinita Santos, que com seu amor incondicional, sua confiança e a sua coragem percorreu comigo este trajecto da minha vida.

Agradeço a todas as pessoas amigas, as minhas filhas, aos meus colegas da turma que estiveram por perto e que, consciente e inconscientemente, me ajudaram nesta investigação.

Agradeço à direcção do Hospital provincial de Benguela, Hospital municipal de Benguela, pelo apoio prestado ao longo da formação.

Agradeço aos meus professores do curso de mestrado em psicologia Clínica e de saúde cesp- formação/angola 1ª edição.

Ao Professor Mestre Ernesto Fonseca Paulo pela confiança, pelo carinho e pelas orientações durante a trajetória desta investigação.

Agradeço à minha mãe, aos meus irmãos pela ajuda nos momentos mais difíceis que mesmo estando em plano superior, me incentivou com seus ensinamentos e perseverança.

Aos meus **colegas** de trabalho pela ajuda dispensada, pela colaboração e incentivo na elaboração deste trabalho.

A minha filha, Julina Andreia dos Santos(July) que ao longo da investigação separou-se do pai, partindo para a eternidade, deixando um grande vazio no seio familiar e que Deus a tenha.

- Índice
- Resumo
- Abstract
- Introdução
- Capítulo I – Construção e Justificação do estudo
- 1- problemática de estudo
- 2- objectivos do estudo
- Capítulo II – Enquadramento Teórico.**
- 3. -Velhice
- 3.1.-Envelhecimento
- 3.2.-A idade cronológica
- 3.3.-A idade biológica
- 3.4.-A idade psicológica
- 3.5. A idade social
- 4. -.Padrões do envelhecimento
- 4.1.-Envelhecimento normal ou primário
- 4.2. -Envelhecimento patológico ou secundário
- 5 -Teorias de envelhecimento
- 6. - Idoso
- 6.1. -Conceito de idoso
- 6.2 -.Direitos humanos e a pessoa idosa
- 6.3 -.O idoso na sociedade actual
- 6.4 -.O idoso em Angola
- 7 . - Terceira idade
- 7.1.- aspectos biológicos
- 7.2.. aspectos psicológicos
- 7.3. .aspectos sociais
- 8.- conceito de saúde
- 9. - Promoção de saúde e envelhecimento
- 10- Representação Social
- 10.1-. Noção de Representação Social
- 10.2-. Funções das Representações Sociais

Capítulo III – Estudo Empírico:

- 11 -Caracterização do Hospital central de Benguela
- 11.1-Characterização do Hospital Municipal de Benguela
- 11.2- Caracterização do colégio Bueia & Filhos
- 12. Metodologia
- 12.1-Tipo de estudo
- 12.2 -Hipóteses do estudo
- 12.3 -População e Amostra
- 12.4- Técnica de recolha de dados
- 12.5 -Instrumentos de recolha de dados

12.6- Procedimentos

Capítulo- IV – Apresentação e interpretação dos resultados da investigação

Conclusões

Bibliografia

Anexos

Anexo I e II – Modelo do inquérito por questionário (idoso)

Anexo III e IV – Modelo do Inquérito por Questionário (terceira idade)

Anexo V Respostas dos Testes de Associação Livre de Palavras

Anexo VI – Carta de consentimento

Índice das Tabelas

Tabela I – Representações positivas face ao idoso.

Tabela II Representações negativas face ao idoso .

Tabela III Representações positivas face a terceira idade

Tabela IV –Representações negativas face a terceira idade

Tabela V –Idade dos profissionais e não profissionais

Tabela VI –Sexo dos profissionais e não profissionais

Tabela VII –Profissão dos profissionais e não profissionais

Tabela VIII –Tempo de profissão e serviço

Tabela IX – Fora de serviço contacta com pessoas idosas

Tabela X –Âmbito do contacto dos profissionais e não profissionais

Tabela XI –Frequencia com que os profissionais e não profissionais contactam com os idosos no âmbito pessoal

Tabela XII - Frequencia com que os profissionais e não profissionais contactam com os idosos no âmbito profissional

RESUMO

O envelhecimento da população é uma das realidades mais concretas da atualidade, alvo de estudo e atenção constantes da nossa sociedade.

O envelhecimento deve ser encarado como uma etapa do desenvolvimento humano que comporta ganhos e perdas. As representações sociais relacionadas com os idosos conduzem a atitudes discriminatórias que estão essencialmente ligadas a ideias preconcebidas, a mitos e a estereótipos.

Do ponto de vista metodológico, esta investigação teve como objectivo conhecer as representações sociais do idoso em profissionais e não profissionais de saúde.

O estudo foi aplicado no Hospital Central de Benguela, Hospital Municipal de Benguela sita no bairro do quioche, zona E, e bairro setenta, zona A respectivamente e colégio Bueia & Filhos, sita na zona E no bairro da n^a senhora da graça, próximo à igreja católica com a mesma designação.

Teve uma amostra de conveniência que abrangeu 80 profissionais e não profissionais de saúde que exerciam a sua actividade próximo ao idoso há mais de um ano, em diversas áreas de cuidados e tratamento.

Foi aplicado um inquérito por questionário que permitiu a caracterização da amostra e colher informações acerca das representações sociais do idoso em profissionais e não profissionais de saúde. Fez-se seguidamente uma análise quantitativa e qualitativa dos dados colhidos.

Os resultados obtidos sobre esta problemática revelaram que os profissionais e não profissionais inquiridos apresentam uma visão bipolar do idoso e do envelhecimento, onde os preconceitos relacionados com a idade coexistem com uma visão positiva do idoso e do envelhecimento, assente em conceitos que caracterizam um envelhecimento bem sucedido.

Valorizaram maioritariamente as características negativas do idoso e do envelhecimento na sua vertente física, as características positivas da vertente psicológica e com um certo equilíbrio entre as características positivas e negativas da vertente social. Os profissionais e não profissionais de saúde foram também nas suas respostas de encontro a uma maior concordância com afirmações ligadas a uma representação positiva e negativa do idoso e terceira idade.

Finalizamos com a sugestão de que os profissionais e não profissionais de saúde devem reavaliar o conjunto das suas actitudes e dos seus comportamentos bem como a rectidão de conhecimentos e das suas crenças sobre os idosos e terceira idade, a fim de melhorarem a sua actividade.

Palavras-chave: Idoso. Terceira idade. Representações sociais, Antropologia.

Abstract

The aging population is a more concrete realities of today, the subject of constant study and attention of our society.

Ageing should be seen as a stage of human development which includes gains and losses. The social representations related to the elderly lead to discriminatory attitudes that are essentially linked to preconceived ideas, the myths and stereotypes.

From a methodological standpoint, this research aimed to understand the social representations of the elderly in professional and non-health professionals.

The study was applied to the Central Hospital of Benguela, Municipal Hospital of Benguela situated in the neighborhood of quioche, the area is, and neighborhood seventies, Zone A, respectively, and college Bueia & Sons, located in the area and in the neighborhood of the n th Lady of Grace, near the church cotólica with the same name.

There was a convenience sample that included 80 professionals and non health professionals exercising their activity close to the elderly for more than a year in various areas of care and treatment.

We applied a questionnaire that allowed the characterization of the sample and gather information about the social representations of the elderly in professional and non-health professionals, was made following a quantitative and qualitative analysis of data collected.

The results on this issue revealed that the professional and retail respondents exhibit a bipolar view of the elderly and aging, where old prejudices related to coexist with a positive view of aging and the elderly, based on concepts that characterize successful aging .

Valued mostly the negative characteristics of the elderly and aging in its physical aspect, the positive features of the psychological dimension and a certain balance between the positive and negative features of social issues. The professional and non-health professionals were also on their responses against a greater agreement with statements related to a positive and negative for the elderly and seniors.

We conclude by suggesting that professionals and non health professionals should reevaluate their entire Actitudes and their behaviors as well as the rectitude of their knowledge and beliefs about elders and seniors in order to improve their activity.

Keywords: Elderly. Third idade. Representações social anthropology.

INTRODUÇÃO

Desde tempos perdidos no passado, que a problemática do envelhecimento tem sido assunto do âmbito filosófico. Disse Platão que toda a "filosofia é uma meditação relacionada com a morte". As terapias propostas eram, e foram através dos tempos, alicerçadas em crenças mágicas e obscuras e reduzidas a elixires de juventude que visavam suprimir os efeitos do curso da idade (Gyll, 1998).

É nos pós-guerra Mundial (segunda) e guerra civil de Espanha que o envelhecimento da população começa a sobressair e a chamar a atenção dos responsáveis pela saúde.

Em Portugal, é na década de 50, com o pioneiro José Reis, que começam a surgir as primeiras preocupações geriátricas. Apesar do esforço e da sua persistência para impulsionar o interesse por uma nova doutrina médica - a Geriatria - a favor dos seres humanos até então singularmente negligenciados continuou a pensar-se e a agir-se segundo modelos tradicionais de prevenção, de diagnóstico, de tratamento e de prognóstico, e muito poucas vezes de reabilitação.

As alterações na estrutura etária da população portuguesa, diz-nos Dinis (1997), traduzem-se fundamentalmente pelo aumento da população, que resulta:

- a. Da diminuição constante da taxa de natalidade: em que as gerações deixam de ser substituídas numericamente e o lugar dos adultos e dos "velhos" aumenta no total. O declínio da taxa de natalidade está associado a diversos fenómenos, como a redução da nupcialidade, o casamento tardio, a emancipação da mulher e a sua maior participação no mercado de trabalho. Também a generalização dos métodos contraceptivos e os encargos sociais acrescidos decorrentes de uma família numerosa são factores que condicionam uma baixa de nascimentos;
- b. Do aumento "significativo" da esperança de vida, resultante das melhores condições sociais e tecnológicas, dos progressos da medicina preventiva, curativa e reabilitadora.

Nazareth (1998) acrescenta que: "para além da dinâmica das inter-relações entre mortalidade e natalidade não podemos ignorar o conceito de "nicho ecológico humano". O homem é um ser dotado de uma grande mobilidade e as migrações, ao serem selectivas, produzem necessariamente impactos estruturais importantes.

O envelhecimento da população mundial é uma das realidades mais concretas da atualidade. Em Angola, tal como nos outros estados da África, está incluído como pertencente a um conjunto de países que são caracterizados por uma alta fecundidade, uma alta mortalidade e um movimento migratório que continua acentuado. Apesar de todos estes factores, ao longo dos últimos

anos com o fim da guerra civil em Angola, com o esforço do governo angolano em melhorar as condições sociais da população, contribuiu para uma alteração da estrutura etária da população, determinou um aumento significativo do envelhecimento da mesma. (jornal de Angola, Maio de 2010)

As alterações demográficas do último século traduziram-se na modificação e, por vezes, inversão das pirâmides etárias, reflectindo o envelhecimento da população.

Este veio colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados (Programa Nacional para a Saúde dos Idosos, 2006).

O envelhecimento é cada vez mais encarado como uma etapa do desenvolvimento humano que comporta ganhos e perdas. Assim, a necessidade de aquisição de conhecimentos acerca do processo de envelhecimento e de como este influencia os indivíduos nas suas condições de vida, de saúde e de doença, ganha progressivamente mais pertinência e actualidade. O envelhecimento da população pode cada vez mais ser encarado como uma vitória da ciência, de medidas políticas, sanitárias e dos comportamentos humanos. É um fenómeno novo, e relativamente a este, mesmo os países tecnicamente mais avançados tentam ainda a procura de medidas de adaptação, tal como salienta a Organização Mundial de Saúde (1989). Neste sentido, de acordo com CABETE (1999), colocam-se aos profissionais e não profissionais de saúde, desafios nos próximos anos, que serão no sentido de fornecer respostas dirigidas a uma população envelhecida, que terá como consequências uma maior percentagem de pessoas dependentes, com problemas de saúde e de ordem social, que necessitarão de vários sistemas de suporte e de cuidados.

Desta forma, o crescimento que se tem verificado na população idosa dos países industrializados, onde a esperança de vida tem vindo a crescer, torna particularmente actual a preocupação acerca da problemática do envelhecimento e da qualidade de vida dos idosos. Torna-se notório também que, é exactamente nos povos com maior esperança de vida, que mais se encontra o conceito de que a pessoa idosa surge muitas vezes como um ser “desvalorizado”. Vindo, assim, a esquecer-se que, a verdadeira riqueza de um grupo humano que não se resume apenas aos valores utilitários e produtivos, mas também, e principalmente, aos valores essencialmente humanos, como: valores de entrega, sabedoria, experiência, bondade, entre outros tanto ou mais importantes que os referidos.

A problemática do envelhecimento e da qualidade de vida dos idosos é muitas vezes afectada por ideias preconcebidas comuns, mas na sua maioria erradas. Associa-se frequentemente a velhice, nos dias actuais, o processo de degradação do que a sociedade e a cultura prevalecente veneram, como a beleza, a saúde, a destreza física, o brilho emocional e intelectual e a posse de bens materiais. Esta é uma visão materialista, comum nos nossos dias, com consequente impacto no modo como são vistos os idosos e na forma como estes se vêem a si próprios, podendo conduzir a sentimentos de depressão, tristeza e solidão. É certamente desejável que o idoso se mantenha saudável e ágil, tanto física, como intelectualmente, e que se sinta valorizado aos olhos dos que o rodeiam. Para um envelhecimento o mais bem sucedido possível, sendo a qualidade de vida um objectivo estimável a assegurar.

Todos estes aspectos tomam um relevo ainda maior quando somos profissionais e não profissionais de saúde, em que temos de prestar diariamente cuidados aos idosos e estar despertos para a problemática do envelhecimento, assistindo muitas vezes a atitudes discriminatórias repletas de preconceitos face à velhice.

Com o passar dos anos todos ficaremos velhos, passando a ser nós os “velhos” da nossa sociedade amanhã.

De acordo com o atrás descrito, elaborámos a nossa dissertação da seguinte forma: a introdução e quatro capítulos, onde o primeiro capítulo ressalta a construção e justificação do estudo, em seguida o segundo capítulo que descreve o enquadramento teórico, depois o terceiro capítulo que revela o estudo empírico, terminando com o quarto capítulo onde está descrito a apresentação e interpretação dos resultados da investigação.

As referências bibliográficas e os anexos completam este trabalho.

Capítulo I – construção e justificação do estudo

1. Problema do estudo

Como refere FORTIN (1999,51) *“Uma questão de investigação é um enunciado interrogativo, claro e não equívoco que precisa conceitos chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica”*. Assim, a nossa questão de partida vem determinar uma direcção à investigação, situando o nosso problema num contexto da sociedade actual.

- ✓ Será que os profissionais e não profissionais de saúde a nível de Benguela têm uma boa representação do idoso?
- ✓ Que tipo de assistência estes profissionais têm dado aos idosos?
- ✓ Como avaliar a representação social do idoso em profissionais e não profissionais de saúde?
- ✓ Quais são as representações sociais do idoso em profissionais e não profissionais de saúde?

2. Objectivos do estudo

Segundo FORTIN (1999), o objectivo de um estudo indica o “porquê” da investigação, devendo ter em conta determinadas características, isto é, por um lado deve ser um enunciado declarativo, que precisa o rumo da investigação; por outro lado, deve precisar as variáveis chave, a população alvo e o tipo de investigação a empreender.

A reflexão sobre o que fazemos e como fazemos, é um acto de saúde social, que nos leva a considerar a nossa identidade profissional, como uma reconstrução contínua que se torna indispensável para a mudança e a

transformação. Ao lidar com o idoso, o profissional e não profissional de saúde deve conduzir as suas actuações de forma a salvaguardar os interesses da pessoa, respeitando a sua integridade física, psicológica, social e espiritual, o que toma ainda mais relevo quando tudo se reporta a um serviço social.

2.1- OBJECTIVO GERAL

Conhecer as representações sociais do idoso em profissionais e não profissionais de saúde .

2. 2- OBJECTIVOS ESPECIFICOS:

- 1.Descrever o conhecimento dos profissionais e não profissionais de saúde sobre a representação do idoso no município de Benguela.
2. Identificar as principais causas que estão na origem de maus tratos aos idosos no município de Benguela.
- 3.Recomendar aos profissionais e não profissionais de saúde a observância do legislado sobre os direitos do idoso e a carta universal dos direitos humanos.

Capítulo V. –Enquadramento teórico

Conceitos

Segundo Netto, citado por Freitas et al (2002,10) “o **envelhecimento** (processo), a **velhice** (fase da vida) e o velho ou **idoso** (resultado final) constituem um conjunto cujos componentes estão intimamente relacionados”.

3. – Velhice

Com o decorrer dos tempos, a velhice tornou-se um fenómeno social total, nas suas múltiplas implicações familiares, históricas, económicas e culturais.

Enquanto categoria do pensamento, a velhice é um elemento fulcral da representação social e do ciclo de vida dos indivíduos (Simões, 1999). O termo velhice não designa uma idade específica. Referindo-se antes a um processo evolutivo natural da vida do ser humano, que inclui o nascimento, o desenvolvimento e cujo *terminu* será culminar com a morte.

Para Ilheu (1993) seria mais oportuno definir a velhice através de quem envelhece, de como se vêem a si próprias as pessoas de idade, como vêem a sua vida e como sentem a velhice a partir da sua experiência pessoal. Segundo Serrazina, citada por Fernandes (2000), “*João Paulo II designa a velhice como um dom e um privilégio, não apenas porque nem todos têm a sorte de a atingir, mas sobretudo porque a experiência e a sabedoria que a mesma proporciona permite melhor conhecimento do passado, uma vivência mais real do presente e uma melhor programação do futuro*”.

A velhice só poderá ser compreendida na sua totalidade, à luz dos valores criados pela sociedade, para além de um facto biológico, ser também um facto cultural.

Existe, por isso, uma certa dificuldade na definição do conceito de velhice, na medida em que este se inscreve numa multiplicidade de visões de correntes de uma diversidade cultural e histórica irreduzíveis entre si.

3.1. - Envelhecimento

O envelhecimento deriva do latim *veclus*, *vetulus* – velho, cujo sufixo *mento* designa acção, significando literalmente um produto da acção de envelhecer. Refere-se ao processo amplo e complexo que ocorre desde o nascimento até à morte, podendo ser encarado em termos individuais (velhice) e colectivos (envelhecimento demográfico) Johnson (2002).

Diversos são os autores que já se debruçaram sobre esta temática. Envelhecer é de acordo com Birren e Conningham citado por Costa (2002:37), “*o processo segundo o qual o organismo biológico, tal como o corpo humano, existe no tempo e muda fisicamente. Deste processo resulta um aumento da vulnerabilidade e a probabilidade de morte*”.

Envelhecer é, segundo Paillat (1986) citado por Costa (2002:37) “*um processo dinâmico, habitualmente lento e progressivo, mas individual e variável, o que pode justificar a tendência para denominar os idosos como grupo heterogéneo*”.

O envelhecimento surge como um processo irreversível, dinâmico, contínuo, lento e com uma evolução progressiva, no qual surgem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda gradual da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente,

ocasionando maior vulnerabilidade e consequentemente maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.

Segundo a OMS (2002), a não ser que existam problemas excepcionais, o envelhecimento acontece de forma gradual, sendo difícil afirmar em que momento uma pessoa é velha fisicamente. Sendo assim, o envelhecimento não é pertença exclusiva da velhice, mas sim algo que acontece e é partilhado por todas as idades.

Deste modo, para Martins (2004), entender o processo de envelhecimento é compreender de forma abrangente os aspectos individuais e colectivos da vida, desde os factores genéticos, biológicos, físicos, químicos e nutricionais aos aspectos psicológicos, sociológicos, económicos, comportamentais, ambientais e sobretudo a Pessoa. De acordo com esta autora, a velhice varia com a história e com o percurso de vida dos indivíduos e, quanto maior a duração desta e a riqueza de experiências, maior é a sua diversidade.

Foram realizados vários estudos em diferentes sociedades que revelaram que a conceptualização da pessoa é construída de formas diversas, tendo por base as várias concepções teóricas, que dão suporte e sentido às práticas sociais do respectivo grupo humano. Assim, segundo Martins (2004), existem várias concepções de idade nos seres humanos que compõem a sociedade, nomeadamente a idade cronológica, a idade biológica, a idade social e a idade psicológica.

3.2.- A Idade cronológica, considera o tempo decorrido desde o nascimento, determinado pelo calendário. Surge como critério que limita o estudo do envelhecimento, uma vez que o número de anos que um indivíduo vive não nos fornece informação sobre a sua qualidade de vida, o seu estado de saúde ou sobre a sua experiência social ou psicológica.

3.3.-A Idade biológica é, habitualmente, definida como a posição actual do indivíduo no seu ciclo de vida, que pode não coincidir com a idade cronológica. A sua apreciação implica avaliação das capacidades funcionais e vitais do organismo.

O envelhecimento biológico ou senescência traduz-se por uma vulnerabilidade do organismo de ordem crescente, cujos transtornos se tornam visíveis com o passar dos anos, mas cujo mecanismo interno permanece em estudo contínuo e com algumas componentes ainda desconhecidas. Desta forma, o envelhecimento biológico poderá manifestar-se pelo declínio da integridade funcional entre diversas componentes biológicas, levando ao aparecimento de uma ou diversas patologias. O aparecimento de patologias e a probabilidade de adoecer e de morrer aumenta com a idade cronológica condicionando maior ou menor vulnerabilidade do indivíduo idoso.

3.4.-A Idade psicológica relaciona-se, de uma forma geral, com as capacidades dos indivíduos em se adaptarem ao meio ambiente. Envolve o uso de capacidades adaptativas como a memória, a aprendizagem, a inteligência, a motivação, e os sentimentos. Reveste-se de uma componente psicológica reflectindo-se na capacidade de auto-regulação do indivíduo, influenciando a tomada de decisões face ao seu processo de senescência. Os factores psicológicos cruzam-se com os factores de ordem cultural, sociais e biológicos, acabando por influenciar a forma como cada indivíduo envelhece.

O envelhecimento não se resume unicamente ao atrás referido, revestindo-se também para diversos autores de uma componente social, relativa aos papéis sociais que se devem adequar às expectativas da sociedade para as diversas faixas etárias.

3.5. - A **Idade social**, refere-se habitualmente aos papéis e hábitos do indivíduo em relação ao seu grupo social. Avalia-se por padrões de comportamento como o vestir-se, andar, desempenhar funções sociais.

Ao longo das últimas décadas, alguns autores, têm dado o seu contributo para afirmar a importância do envelhecimento social. Existe um consenso que o envelhecimento deve ser encarado, como cada sociedade conceptualiza esta fase do ciclo de vida, com marcadas diferenças entre as antigas sociedades e sociedade actual. Enquanto há décadas atrás, a velhice era encarada como uma fase de saber acumulado, de transmissão de sabedoria de geração em geração, em que também os cuidados aos idosos eram prestados no seio familiar, na sociedade actual, o isolamento dos idosos é crescente e cada vez mais institucionalizado, passando a velhice a ser encarada como uma doença social.

4. – Padrões de envelhecimento

De acordo com diversos autores, a expressão “padrão de envelhecimento” refere-se a um conjunto de mudanças associadas ao envelhecimento, existindo uma divisão entre envelhecimento primário ou normal e envelhecimento secundário ou patológico.

Com o avançar da idade vão ocorrendo alterações estruturais e funcionais que variam de indivíduo para indivíduo sendo, no entanto, próprias e inerentes ao processo de envelhecimento. Reflectindo na maioria das vezes o comportamento dos indivíduos ao longo da sua vida, fomentando a ideia de que a forma como envelhecemos está directamente ligada à forma como nos desenvolvemos.

4.1-Envelhecimento normal ou primário

Segundo Schaie, citado por Moi (2004) o padrão de envelhecimento primário diz respeito às mudanças intrínsecas do processo irreversível, progressivo e universal, porém, não patológico. Como exemplo, o embranquecimento dos cabelos, o aparecimento de rugas, a diminuição das acuidades visual e auditivas, a diminuição da estrutura óssea e massa muscular, dificuldades no equilíbrio, declínio da força e rapidez de movimentos e pensamentos, como também mudanças na memória, interesse em novos conhecimentos, entre outros.

4.2-Envelhecimento patológico ou secundário

Para Berger e Mailloux-Poirier (1995), o envelhecimento secundário refere-se ao aparecimento, com a idade, de lesões patológicas muitas vezes múltiplas, mas que se mantêm potencialmente reversíveis. A existência de lesões associadas às diferentes alterações normais contribui para alterar mais ainda a capacidade de adaptação do indivíduo. A presença de doenças desempenha um papel determinante no estabelecimento da esperança de vida.

Segundo Schaie, citado por Moi (2004), o envelhecimento secundário ou patológico está relacionado com as mudanças causadas por doenças dependentes da idade. O avanço da idade acarreta o aumento da exposição a

factores de risco desencadeantes de doenças, como por exemplo cardiovasculares, cerebrais e certos tipos de carcinomas causadas, em parte, por mecanismos genéticos ou por factores ambientais, estilos de vida e personalidades. Consideramos, ainda, o envelhecimento como um processo biológico, progressivo e natural, caracterizado pelo declínio das funções celulares e pela diminuição da capacidade funcional que é vivida de forma variável, consoante o contexto social de cada indivíduo. Envelhecimento é diferente de velhice, dado que se o envelhecimento começa assim que somos gerados, a velhice ou os seus sinais e sintomas físicos e mentais só se manifestam, de forma clara, a partir de determinada idade.

5. – TEORIAS DO ENVELHECIMENTO

Existem diversas teorias que tentam, de forma coerente, fornecer explicação acerca do envelhecimento. Sendo, no entanto, consensual, que o envelhecimento mostra-se como um processo caracterizado por factores de ordem biológica, psicológica e social, sendo ainda específico e variável de indivíduo para indivíduo.

Desta forma, podemos afirmar que não envelhecemos todos da mesma forma existindo, no entanto, factores comuns a todos os indivíduos.

Fontaine (2000) considera o fenómeno do envelhecimento a três níveis principais.

O biológico, caracterizado por modificações do aspecto do indivíduo, como a forma como se desloca, o aparecimento de rugas e o aumento de doenças;

O social, em que se verificam alterações do estatuto social, como a passagem à reforma;

O psicológico, onde se observam alterações a nível da actividade individual intelectual e das motivações. O envelhecimento é um fenómeno perfeitamente natural e comum a todas as pessoas. Mas quais são os processos responsáveis por ele? Esta é uma questão multidimensional, para a qual diversos autores têm tentado, ao longo das últimas décadas, encontrar respostas e explicações, embora esteja ainda longe de se considerar completamente esclarecida.

Iremos abordar algumas teorias que tentam explicações deste fenómeno complexo e abrangente que é o envelhecimento.

5.1.-Teorias do Envelhecimento Biológico

Biologicamente, a senescência é um processo involutivo que opera cumulativamente com a passagem do tempo e que se revela nos diversos órgãos e sistemas do organismo humano, através de modificações irreversíveis. Desta forma, o organismo passa por diversas fases ao longo do ciclo vital, que se manifestam por um grau de declínio das funções dos diversos órgãos que tende a ser gradual, em função do tempo. Essas mudanças são, na maioria dos indivíduos, discretas no seu início, aumentando progressivamente. Todo o processo de envelhecimento caracteriza-se por um declínio funcional, que não ocorre com a mesma intensidade e ritmo, nos diferentes indivíduos. Vão ocorrendo alterações teciduais, celulares, enzimáticas e moleculares, explicadas por alguns autores nos últimos anos. Há, deste modo, e como já foi referido anteriormente, uma senescência primária, relacionada com os fenómenos biológicos involutivos, temporalmente dependentes, mas independentes do stress, de traumatismos ou de doenças, e uma senescência

secundária conectada aos inerentes fenómenos patológicos que se vão sucedendo ao longo da vida.

Estes fenómenos orgânicos e fisiológicos, com o evoluir do tempo, podem transfigurar pejorativamente o comportamento do indivíduo idoso. Estas conduzem à dificuldade de adaptação e incapacidade de enfrentar ameaças provenientes do meio ambiente, podendo em diversas situações pôr em causa a sua sobrevivência. Rose (1991) citado por Matos e Avelar (2005,5) define o envelhecimento como *“a deterioração endógena, irreversível das capacidades funcionais básicas do organismo”*.

Assim, o envelhecimento orgânico de acordo com diversos autores, mostra-se como um processo caracterizado por transformações progressivas e irreversíveis em função do tempo, caminhando lentamente para a morte, representando uma etapa do desenvolvimento individual de cada ser humano. Para Fontaine (2000,20), o envelhecimento *“é um processo de degradação progressiva e diferencial, sendo o seu termo, a morte”*. Para o autor, não é possível datar o começo do envelhecimento, quer seja a nível biológico, psicológico ou social, sendo este um processo variável de indivíduo para indivíduo, tal como a velocidade com que se desenrola a sua evolução e gravidade.

Desta forma, e de acordo com o referido, assiste-se de uma maneira geral a uma redução das capacidades funcionais do organismo, em todos os sistemas, com a consequente redução do número de células activas, com a lentificação das respostas aos estímulos externos e com a desorganização dos sistemas de controlo, provocando o decréscimo progressivo da eficácia dos diferentes órgãos e funções do organismo. Berger e Mailloux-Poirier (1995) salientam algumas teorias que ao longo dos tempos foram consideradas, para explicar o envelhecimento, referindo que este, para os biólogos é entendido como *“uma série de mudanças letais que diminuem as probabilidades de sobrevivência do indivíduo”*. (pág. 99)

Na tentativa de explicar o atrás citado, segundo o autor, surgem seis teorias:

. *“A Teoria Imunitária”*, onde ocorre uma transformação do sistema imunitário, podendo ter um papel etiológico no envelhecimento, em que o sistema imunitário ataca pequenas partes do corpo como se fossem invasores.

. *“A Teoria Genética”*, sendo considerada a ultima etapa de um processo genético definido e orientado, em que o envelhecimento é uma consequência da deterioração da informação genética.

. *“A Teoria do Erro da Síntese Proteica”*, em que o envelhecimento resulta da morte celular, em que ocorrem diversos erros a nível das inúmeras etapas da síntese proteica, formando proteínas incompetentes e incapazes de desempenhar as suas funções.

. *“A Teoria do Desgaste”*, teoria que compara o organismo humano com uma máquina, cujas componentes se desgastam e deterioram com o uso.

. *“A Teoria dos Radicais Livres”*, em que os radicais livres provocam a peroxidação dos lípidos não saturadas, e os transformam em substâncias que envelhecem as células.

. *“A Teoria Neuro-endócrina”*, em que a regulação do envelhecimento celular e fisiológico está ligada às mudanças das funções neuro-endócrinas, em que existe um fracasso e insuficiência deste sistema no que se refere à coordenação de diversas funções do organismo.

Assim, com base nas teorias citadas, o envelhecimento surge como um conjunto de mudanças que vão ocorrendo no organismo, podendo ser letais e que conduzem à diminuição da sobrevivência. Os órgãos e sistemas do organismo envelhecem, impedindo manter um estado funcional igual e inalterado, que permita a regeneração contínua de todos os componentes do organismo, à medida que a evolução do tempo vai levando ao seu consumo e degradação.

5.2.-Teorias do Envelhecimento Psicossocial

Não só o envelhecimento biológico, tem sido alvo de estudo por diversas ciências, também o envelhecimento psicológico e social dos indivíduos, tem vindo a suscitar a curiosidade de investigadores, levantando inúmeras dúvidas e tentativas de explicação.

No processo de envelhecimento, ao lado das dimensões biológicas, também as psicológicas e sociológicas, devem ser consideradas com o seu grau de importância, pois, representam e condicionam a relação do indivíduo com o seu meio ambiente. Sob este aspecto, envelhecer não significa somente um breve espaço de tempo, mas também, um desenrolar de processos psicológicos e sociais, condicionando o modo de vida, as características pessoais, os sentimentos positivos ou negativos, os conflitos de natureza variável, ou seja, a soma de todos os processos do viver dentro de um complexo contexto sócio cultural.

Na interacção do idoso com o meio ambiente deverá existir uma permuta contínua com o meio exterior. De uma forma geral, os seres humanos evoluem como seres sociais, não podendo conservar-se física e psicologicamente estáveis, se não permanecerem em contacto com outros seres humanos. De acordo com Berger e Mailloux-Poirier (1995,104), também o envelhecimento psicossocial pode ser explicado com base em três teorias:

."A *Teoria da Actividade*", investigadores em gerontologia se debruçaram-se sobre a relação entre as actividades sociais e a satisfação de vida. Em que segundo o autor, um idoso deve manter-se activo a fim de obter, na vida, a maior satisfação possível, devendo manter a sua auto-estima e conservar a sua saúde.

A velhice bem sucedida implica também descobrir novos papéis na vida.

."A *Teoria da Desinserção*", em que o envelhecimento se faz acompanhar de uma desinserção recíproca da sociedade e do indivíduo. O indivíduo põe fim de forma gradual, ao seu empenhamento e vai retirando-se da sociedade. Por sua vez, esta vai oferecendo-lhe menos do que anteriormente noutras fases da sua vida.

."A *Teoria da Continuidade*", que demonstra que o envelhecimento é uma parte integrante da vida do ser humano, e não um período final, que possa ser separado das outras fases. Reforça a ideia de que o idoso mantém a continuidade nos seus hábitos de vida, nas suas preferências, experiências e compromissos, fazendo estes parte integrante da sua personalidade. Embora possa ocorrer uma certa descontinuidade relativamente a certas situações sociais, de hábitos ou estilos de vida, ocorre também a sua adaptação, e a adopção de comportamentos que continuam a mesma direcção de vida já iniciada pelo indivíduo.

As causas do envelhecimento são múltiplas e de diversas naturezas. Factores extrínsecos ao próprio indivíduo, como por exemplo hábitos alimentares, hábitos tabágicos e alcoólicos e exposição solar também podem ser factores

de grande influência no processo de envelhecimento do organismo, influenciando a saúde e a longevidade. Desta forma, o ser humano não envelhece com base apenas numa das teorias já desenvolvidas, envelhece no plano biológico, psicológico e social, nunca esquecendo que cada pessoa é um ser dotado de uma entidade própria e única, que deve ser respeitada e aceite. Parece ser então consensual entre vários autores, que o envelhecimento não pode ser explicado apenas por uma causa dependente apenas de um mecanismo, mas sim por diversos factores biológicos, psicológicos e sociais em interação contínua, sendo este um fenómeno normal e universal na espécie humana, com um cariz individual, de pessoa para pessoa.

6. – Idoso

6.1- Conceito de Idoso.

Reconhece-se a existência de uma gama bastante ampla de critérios para a demarcação do que venha a ser um “idoso”. O mais comum baseia-se no limite etário, como é o caso, por exemplo, da definição da Política Nacional do Idoso (decreto nº1/05 de 10 de Janeiro), D.R. Nº4/05 da lei angolana.

Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como idosas as pessoas com 60 anos ou mais, se elas residem em países em desenvolvimento, e com 65 anos e mais se residem em países desenvolvidos. Parte-se do princípio de que o envelhecimento de um indivíduo está associado a um processo biológico de declínio das capacidades físicas, relacionado a novas fragilidades psicológicas e comportamentais. Então, o estar saudável deixa de ser relacionado com a idade cronológica e passa a ser entendido como a capacidade do organismo de responder às necessidades da vida cotidiana, a capacidade e a motivação física e psicológica para continuar na busca de objetivos e novas conquistas pessoais e familiares.

O conceito de idoso, portanto, envolve mais do que a simples determinação de idades-limite, biológicas e apresenta, pelo menos, três limitações. A primeira diz respeito à heterogeneidade entre indivíduos no espaço, entre grupos sociais, raça/cor e no tempo. A segunda é associada à suposição de que características biológicas existem de forma independente de características culturais e a terceira à finalidade social do conceito de idoso.

Idoso, em termos estritos, é aquele que tem “muita” idade. A definição de “muita” traz uma carga valorativa. Os valores que referendam esse juízo dependem de características específicas do ambiente onde os indivíduos vivem. Logo, a definição de idoso não diz respeito a um indivíduo isolado, mas à sociedade como um todo. Assumir que a idade cronológica é o critério universal de classificação para a categoria idoso é correr o risco de afirmar que indivíduos de diferentes lugares e diferentes épocas são homogêneos.

De acordo com a actual valorização social, ser-se idoso tem-se tornado, pouco, a pouco sinónimo de “incómodo para a família”, que tem de lidar permanentemente com o idoso e com as suas características. Para a sociedade, este constitui um fardo pesado, pois tem que disponibilizar verbas e condições adequadas a alguém que se tornou improdutivo (Bize e Vallier, 1985).

Segundo Martins (2004), *“Ao reformar, o trabalhador é colocado na última fase da vida: a eufemisticamente denominada “terceira idade” e inicia um processo em que a velhice está perfeitamente identificada com uma idade de vida. Passou da velhice invisível a uma velhice socialmente identificada e a passagem à reforma ritualiza a entrada nesta última etapa da vida.”*

Ainda de acordo com a mesma autora, *“...Nesta perspectiva de conceito social a idade cronológica assume particular importância, visto a definição institucional de “reformado” ser por ela determinada.*

Os estudiosos da demografia (incluindo as Nações Unidas) utilizam os 60 ou 65 anos como uma idade legalmente convencionada para reformar e pensões de segurança social, passando esta a constituir uma fronteira, para facilidade de análise estandardizada”.

Perante estas divergências surge a necessidade de uniformizar critérios e, por isso, a Organização Mundial de Saúde convencionou que, idoso é todo o indivíduo com 65 e mais anos, independentemente do sexo e estado de saúde.

6.2. - Direitos humanos e a pessoa idosa

Na velhice, como em outras fases da vida, temos perdas e ganhos.

No entanto, nossa sociedade parece esquecer-se disso; para ela, envelhecer significa apenas “perder”. Ela nega, ou simplesmente ignora, as conquistas e aquisições presentes na velhice.

Ao colocar os idosos à margem da sociedade e da cultura, os princípios maiores da igualdade, do respeito e da dignidade humana são esquecidos e abandonados, fazendo com que homens e mulheres tenham valor apenas enquanto trabalham e durante o período em que reproduzem biologicamente a vida, gerando filhos.

Sem negar o fato de que envelhecer representa um aumento de dificuldades, temos que considerar que as capacidades humanas dependem, em qualquer idade, de constante estimulação para permanecerem ativas. A elaboração de projetos de vida é uma das formas, talvez a mais importante, de viver com dignidade. Mas é aqui que se observa um dos maiores desafios da velhice: nossa sociedade insiste em negar, aos que envelhecem, a possibilidade de elaborar projetos, por mais discretos que sejam.

Muitos exemplos podem ser dados para ilustrar o parágrafo acima.

Assim, o idoso que expressa sua intenção de “aprender as letras” ouve, com frequência, o comentário: “Mas na sua idade?”; os que permanecem trabalhando escutam, muitas vezes, frase do tipo: “mas o senhor ainda trabalha?” Podemos também imaginar as reações, especialmente dos familiares, quando um idoso comunica que está namorando, ou que vai se casar novamente! Além disso, quantas são as filhas e filhos que não vêm com bons olhos a participação dos pais em grupos de convivência, associações e cursos?

Frente a isso, gostaríamos de chamar a atenção para uma das principais perdas vivenciadas pelos idosos: a da cidadania!

Ao falar de cidadania, de direitos humanos e de direitos dos idosos,

esta publicação tem o objectivo de fornecer subsídios para que a velhice seja sinónimo de dignidade, de qualidade de vida, de igualdade e de respeito. Afinal na declaração dos direitos universais humanos no seu 1º artigo salienta que:

“ Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade.”

Este é o primeiro artigo de um dos mais importantes documentos que, assinado em 10 de dezembro de 1948 pelos países que integram a Organização das Nações Unidas (ONU), pauta-se pelos princípios maiores de direito à VIDA, à DIGNIDADE e à PROTEÇÃO da pessoa.

Nos 30 artigos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, encontra-se o repúdio a toda e qualquer forma de exploração, desigualdade e discriminação, seja de sexo, de idade, de raça, de nacionalidade, de religião, de opinião política, de origem social etc.

Infelizmente, passado mais de meio século de sua assinatura, continuamos a presenciar, em todas as partes do mundo, inclusive em Angola, as mais variadas formas de violação e desrespeito dos Direitos Humanos; violação e desrespeito que caminham junto com os mais diversos tipos de violência.

Atos bastante simples - como prestar atenção ao que acontece à nossa volta, ligar o rádio ou a televisão, ler jornais - nos colocam, freqüentemente, diante da violação dos Direitos Humanos.

Não existe uma idade definida para ser “cidadão”; toda pessoa é um cidadão, com direitos e deveres iguais, independente de ser rico ou pobre, branco ou negro, homem ou mulher, sadio ou doente, instruído ou analfabeto, criança, jovem, adulto ou idoso.

Os idosos, tantas vezes negligenciados e desprezados pela sociedade, são cidadãos, devendo ser assim considerados; devem ter seus direitos garantidos e preservados

6.3. – O Idoso na sociedade actual

Desde o passado que a problemática do envelhecimento tem sido um assunto abordado, primeiramente no âmbito filosófico. O envelhecimento é uma parte natural do ciclo da vida do homem, sendo ideal que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível. Isto implica uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral, e da formação dos profissionais e não profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social. Implica também uma adequação dos serviços de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico. Um ajustamento do ambiente às fragilidades que mais frequentemente acompanham a idade avançada., de acordo com a aprovação do decreto nº.40/08 de 2 de julho sobre a reforma do trabalhador angolano e a gratuidade dos serviços de saúde do idoso bem como a construção de lares da terceira idade para os idosos que por vários motivos não podem estar no convívio dos seus familiares.

Com o desenvolvimento da Protecção aumentou a longevidade e os aspectos inerentes a esta, fazem do fenómeno envelhecimento uma questão muito actual, que merece uma reflexão aprofundada, por parte da sociedade.

Segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995), as atitudes da sociedade face à velhice e aos idosos são sobretudo negativas e em parte são responsáveis pela imagem que eles têm de si próprios bem como das condições e das circunstâncias que envolvem o envelhecimento. A velhice é tida como uma doença incurável, como um declínio inevitável e todas as intervenções empreendidas para a prevenir são votadas ao fracasso.

Simone de Beauvoir, citada por Berger e Mailloux-Poirier (1995,63), exprime bem a noção, *“A imagem sublimada que fazemos deles, é a do sábio, de cabelos brancos, rico em experiência e venerável, que domina do alto a condição humana; se afastam desta imagem, caem por terra: a imagem oposta à primeira é a do velho louco que não raciocina e que divaga e de quem os filhos se riem. De uma maneira ou de outra, pelas suas virtudes ou pelos seus objectivos, situam-se fora da humanidade”*.

Em todas as sociedades e em todos os tempos, a velhice representou sempre uma realidade, de certo modo, perturbadora. Por natureza, ela implica mudanças significativas na vida das pessoas, das famílias e das comunidades. Basta referir a retirada da actividade profissional, com a perda dos rendimentos do trabalho, a autonomização dos filhos que, entretanto, constituíram as suas próprias famílias e um certo enfraquecimento das relações sociais ou mesmo familiares. Dá-se uma alteração qualitativa no tipo e no ritmo de vida a que se estava habituado, o que exige certas formas de apoio e protecção.

Nas sociedades tradicionais, de tipo patriarcal e fortemente ligadas à economia rural, que prevaleceram durante séculos, estas consequências humanas do envelhecimento foram facilmente enquadradas em diversas formas de auxílio mútuo. Porém, os efeitos da revolução industrial, designadamente no decurso do século XIX, com profundas transformações económicas, sociais e demográficas, alteraram radicalmente a situação das pessoas idosas em si e no contexto das nações.

6.4.-O Idoso em angola

Na cultura bantu africana tradicional, a tradição oral não representa apenas uma forma de passagem dos conhecimentos, mas representa uma cultura própria dos povos de uma região africana. Um dos pontos que podemos destacar dentro dessa cultura é a valorização dos idosos, pois são eles que possuem o dom e a tarefa de transmitir os conhecimentos recebidos aos mais novos da comunidade. Na sociedade de tradição oral como na maioria das sociedades africanas, os velhos são alicerces da vida na aldeia. Diz-se, além disso, que uma aldeia sem velhos é como uma cabana roída por cupins.

Os idosos também possuem uma importantíssima função que é a de unir os vivos aos antepassados, transmitindo a sabedoria destes, constituindo assim um laço vital. A tradição oral está impregnada de respeito pelo antepassado que a legou e o seu dinamismo vital comunica-se e prolonga-se até ao

indivíduo e ao grupo. Cumpre, assim, uma importantíssima função sócio-religiosa. É o laço vital que une os vivos com os antepassados. (..) A palavra é dinamismo, vivifica e consolida o grupo qual a recebe.

Aos mais velhos é dado o poder de resoluções de problemas da comunidade de vários tipos: jurídicos, religiosos, médico-mágico, educacional, econômico. A ele também é dado o poder para que se mantenha a cultura do seu povo através da transmissão de sua experiência de vida para os mais novos através da arte de contar. O contador, ou seja, um ser que 'mima a palavra', é quase sempre um velho, o qual, no momento do dito, torna-se automaticamente luminoso. A arte de contar tornou-se um ritual e quem tem esse poder da palavra é dada uma grande importância dentro da comunidade é o mais velho. (vieira, José Luandino. São Paulo. África 1982).

Segundo o jornal de Angola do dia 21 de Maio, 2010, noticiou o seguinte: “Os angolanos formam uma comunidade com uma diversidade e pluralidade de valores assumidos e praticados ao longo dos tempos. Em Angola, há valores que a sua comunidade quer preservar, como o da solidariedade, que permite, por exemplo, que se dê protecção aos mais necessitados. O nosso sistema jurídico consagra normas e princípios que tutelam aqueles que mais precisam do apoio do Estado e da sociedade. Temos uma Constituição que consagra o direito dos cidadãos idosos “à segurança económica e a condições de habitação, convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem ou superem o Isolamento e a marginalização social”.

Segundo o decreto nº1/05 de 10 de Janeiro, o conselho de ministros institui o dia 30 de Novembro como dia do idoso em Angola. A Lei Magna da III República dispõe ainda, no diário da república nº4/2005 referente aos direitos e deveres económicos, sociais e culturais, que “a política da terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural, tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade”. A constitucionalidade dos direitos dos cidadãos idosos orienta-se para a protecção da dignidade das pessoas da terceira idade, pois um dos objectivos da nossa República é, afinal, a construção de uma sociedade justa e solidária. Esse grande objectivo, plasmado na nossa Lei Fundamental, deve ter concretização, que passa pela mudança de atitudes em relação aos mais velhos. Não basta termos uma Constituição e leis ordinárias que prevejam a protecção dos idosos, por mais perfeitas que elas sejam. É importante que haja mudança de mentalidades. O idoso não deve ser visto como um fardo. É injusto que alguém que dedicou toda uma vida a cuidar dos seus filhos e até de netos seja depois maltratado pelos seus familiares, como não raras vezes acontece. Muitos idosos que estão no Beiral, para só citar esses, foram bons

trabalhadores, bons chefes de família, bons encarregados de educação, mas foram abandonados por familiares, assumindo o Estado, felizmente, o encargo de lhes dar as condições necessárias para garantir a sobrevivência desses cidadãos da terceira idade. É necessário levar a cabo campanhas de sensibilização no sentido de se apelar à sociedade para o respeito pelos idosos. Essa campanha devia ser promovida particularmente entre os jovens, a fim de se acabar com comportamentos que se traduzem na falta de amor ao próximo, nomeadamente àqueles que durante vários anos garantiram exemplarmente o sustento e a estabilidade dos seus lares. Os nossos mais velhos não devem ser vistos como um peso a descartar, mas como bibliotecas vivas com as quais temos muito a aprender. Quando se vota um idoso ao abandono, estamos a perder uma grande oportunidade de aprendermos muitas coisas que não são ensinadas nas escolas. Que as organizações juvenis e associações cívicas do país se mobilizem para um amplo trabalho que nos conduza ao resgate de valores que asseguram a harmonia e a sã convivência na nossa sociedade. Independentemente das nossas convicções pessoais ou de grupo, temos todos nós o dever de contribuir para que a solidariedade seja efectivamente praticada na nossa comunidade. A actual geração deve constituir-se num bom exemplo para as futuras gerações.

As igrejas, essas, pela sua própria natureza, terão igualmente de ajudar a sociedade a encontrar os melhores caminhos para que os nossos valores sejam preservados, na protecção permanente dos nossos idosos. ”

Segundo (jornal de angola de 31 de Outubro de 2011;2),o dirigente angolano João Baptista Kussumua,ministro da assistência e reinserção social,disse que Angola assiste um total de 226.597 mil pessoas idosas nas comunidades em situação de vulnerabilidade,sendo 123 mil 771 são mulheres e 102 mil 836 homens. Controla 14 lares da terceira idade com um total de 6000 pessoas idosas ,estando em curso a construção de mais 14 lares na previsão de albergar 1500 idosos.

Os idosos residentes nos lares da terceira idade estão engajados em actividades de terapia ocupacional,nas arêas de artesanato,criação de animais de pequeno porte,hortícula,desporto de manutenção física e alfabetização.

7.-Terceira Idade

Num primeiro momento faz-se imprescindível aclarar estigmas concernentes à terminologia utilizada para fazer menção a pessoas de idade avançada; segundo a Organização Mundial de Saúde, o envelhecimento é tido em quatro estágios:

- meia-idade, que compreende pessoas entre 45 e 59 anos de idade;
- idosos, pessoas entre 60 e 74 anos ,
- anciões, pessoas entre 75 e 90 anos e
- velhice extrema, pessoas acima de 90 anos de idade.

O presente documento usará o termo idoso para se referir a pessoas pertencentes a esses variados estágios e, quando necessário, citar-se-á a idade correspondente.

Usar-se-á o termo .idosos. para fugir de menções pejorativas que a palavra .velho. poderia incitar, embora consideremos que o idoso deve ser respeitado e munido de assistência necessária para que possa gozar de maior tranquilidade possível nessa fase da vida em que se encontra.

A idade avançada incita transformações biopsicossociais na rotina do ser humano. Além do desgaste progressivo de tecidos, órgãos e da capacidade física e cognitiva, há um acentuado processo de perdas que desencadeia turbulências emocionais e psíquicas que ocasionam profunda infelicidade e diminuem a qualidade de vida de maneira agressiva.

Envelhecer desencadeia mudanças biológicas, psicológicas e sociais. O presente item tratará em particular de cada um desses aspectos, tentando situar-se na real problemática da terceira idade, considerando-se o bem-estar físico e psicológico desse grupo etário.

7.1- Aspectos biológicos

Envelhecer é um processo geralmente considerado de maneira extremamente desagradável, pois o indivíduo começa a sentir que, em muitas habilidades biológicas e sociais, não consegue se desenvolver como costumava ser, devido a isso, chega-se a pensar a velhice como sinônimo de doença, fraqueza e improdutividade, invalidez. O envelhecimento deve ser tratado como um processo natural do desenvolvimento humano, numa perspectiva de que cada fase da vida implica transformações, adaptações, aceitação e construção. Transformação, uma vez que os tecidos e os órgãos já não correspondem à atividade validada na etapa anterior, pois ocorre aqui um desgaste e sobrecarga; adaptação, porque as mudanças não permitem que as ações sejam desenvolvidas segundo normas e costumes estabelecidos em fases anteriores, há que se habituar às condições agora presentes. Quanto à aceitação, dificilmente o ser humano será feliz, construirá um projeto de vida e o desenvolverá se não aceitar sua condição e aprender a trabalhar suas limitações.

Havendo aceitação, conseqüentemente, haverá construção, produtividade e bem-estar.

7.2- Aspectos psicológicos

O estágio da velhice vem geralmente acompanhado de associações a sentimentos destrutivos de inutilidade e perda, situação essa que agrava ainda mais a condição existencial do idoso, pois acirra conflitos internos relacionados a tais conceitos.

De acordo com Guite Zimerman (2000), as mudanças psicológicas mais visíveis com o avanço da idade são: dificuldade de adaptação a novos papéis; desmotivação e dificuldade de planejar o futuro; necessidade de trabalhar perdas e adaptar-se a mudanças;

alterações psíquicas, depressão, hipocondria, somatização, paranóia, suicídios e, por fim, baixa auto-estima e auto-imagem.

Dentro de sua insegurança, geralmente o idoso tende a provar a si e aos outros que é aceito, que é útil, que existe e que essa existência pressupõe desejos e aspirações em relação ao futuro; essa posição geralmente gera extrema ansiedade da qual decorrem problemas afetivos de ordem mais complexa. A perda de ideais da juventude, a falta de sintonização com a mentalidade do seu tempo, o desinteresse pelo cotidiano nacional e internacional, o humor, irritação são, entre outros aspectos, de acordo com Oliveira (1999, p. 89) o que caracteriza a velhice.

7.3- Aspectos sociais

Exposto a um processo em que perdas e rejeições são sempre iminentes, o idoso tende a buscar o isolamento, quer por vontade própria quer por indução social. O fato de ter poucas ocupações sociais, ser menos solicitado pela família e comunidade faz com que internalize um sujeito improdutivo, sem poder de decisão.

De acordo com Zimerman (2000, p. 24), as principais conseqüências do envelhecimento são crise de identidade, mudanças de papéis, aposentadoria, perdas diversas e diminuição dos contatos sociais.

A família, que deveria edificar bases emocionais e físicas para o estabelecimento da qualidade da vida do idoso, acaba por desencadear grande conflito no que tange ao espaço que destina ao seu membro idoso.

Quanto ao governo, percebe-se certa falta de prioridade e ausência de políticas públicas. A proposição de políticas demanda conhecimento de causa e há muito pouca preocupação com questões da terceira idade. Há, sim, políticas públicas emergenciais, assistenciais, localizadas, e nada de caráter preventivo. Porém, a inatividade profissional dos indivíduos considerados idosos é o fator que acarreta maiores mudanças em relação a um estilo e ritmo de vida, exigindo grande esforço de adaptação. Parar de trabalhar significa a perda do papel profissional, a perda de papéis junto à família e à sociedade. O distanciamento do aposentado da convivência com diversos grupos faz com que a sociedade também se distancie do aposentado, deixando de convidá-lo a participar e não reconhecendo a sua existência social.

Outro aspecto que merece destaque é a violência contra o idoso, tanto na família como na comunidade. Essa violência pode manifestar-se de forma simbólica ou não, sendo que a primeira é mais freqüente. A violência existe e é expressa sob variadas formas; a mais comum, infelizmente, acontece no ambiente familiar e nas instituições asilares.

A econômica, em que os filhos se apoderam dos bens, da casa, do dinheiro e da aposentadoria, é a mais freqüente em alguns países do mundo e em Angola também, os familiares, muitas vezes, fazem pressão e maltratam o idoso, não lhe dão chance de administrar a própria vida.

8. – Conceito de saúde

A definição do conceito de Saúde é algo complexo, que nas últimas décadas tem vindo a ser alvo de inúmeras abordagens e um assunto de interesse universal, sendo no entanto consensual que a saúde depende do percurso de vida de cada indivíduo, e engloba todos os seus antecedentes sócio-culturais bem como a sua constante relação com o meio em que está inserido.

Parafraseando Berger e Mailloux- Poirier (1995,108), *“a palavra saúde deriva da raiz latina sanus que significa são”*. Segundo o mesmo autor, “definir saúde não é uma tarefa fácil, porque este conceito provém dos antecedentes, do meio sócio-cultural ou dos percursos de cada indivíduo.

Na perspectiva de Berger e Mailloux- Poirier (1995), cada disciplina/ciência (sociologia, psicologia, enfermagem ...) tem a sua própria visão do conceito de Saúde, a qual é sustentada por elementos como a família, o trabalho e a capacidade de cada indivíduo desempenhar o seu papel social adaptando-se e reagindo às mudanças a que está constantemente sujeito.

De acordo com o quadro de referência de Francisco Gentil (2000,6), *“falar de saúde como a ausência de doença parece ser, cada vez mais um objectivo inatingível e sem sentido”*. Referindo ainda que *“A saúde pode ser desenvolvida, aumentada, preservada e estabelecida. Ela é influenciada pelo meio em que o ser humano está inserido, sendo aquela, por sua vez, condicionante da utilização do potencial, quer individual quer colectivo”*.

A saúde pode ser considerada como um equilíbrio dinâmico e homeostático, entre os componentes físico, psicológico e social, favorecendo uma adaptação ao meio ambiente e à própria pessoa, permitindo-lhe sentir-se bem consigo própria e na relação com os outros. Podendo ser encarada como um estado positivo na relação pessoa e ambiente, ou seja, entre a pessoa como um ser indissociável do ambiente, do qual recebe e transmite influências. É um processo dinâmico, uma permanente transformação na busca de equilíbrio, e uma constante evolução de ser vivo.

Assim, não será legítimo que nenhuma disciplina científica se reserve o direito de abraçar uma definição única e universal uma vez que a abordagem do indivíduo não deve ser fragmentada, mas sim global, tendo em conta toda a sua dimensão sistémica. A própria definição da OMS (1947) que determinava que a saúde era um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, é actualmente refutada por muitos autores por a considerarem imprecisa, irrealista e consequentemente inatingível.

Entretanto, a compreensão sobre saúde tem vindo a modificar-se, foi-se desenvolvendo um conceito mais amplo e mais completo sobre esta temática. A saúde é algo mais do que a ausência de doença, sendo consensual que se deve investir na investigação sobre os hábitos e costumes dos indivíduos, que

tenham influência sobre a sua saúde e orientá-los no sentido da promoção da saúde e da prevenção da doença.

Nem a saúde, nem a doença são estáticas ou estacionárias. Na base de cada condição de saúde ou de doença está o fenómeno de alteração constante, estas condições são processos contínuos, batalhas por parte do Homem para manter um saldo positivo contra, como já referimos, as forças biológicas, físicas, mentais e sociais que tendem a alterar o seu equilíbrio de saúde. As potencialidades de sucesso do homem, na luta para a manutenção da saúde, manifestam-se através dos seus mecanismos de defesa, internos e externos, contra estímulos que produzem doenças, de grandes limites de segurança e de reservas orgânicas, bem como de processos fisiológicos de recuperação de que é capaz.

De acordo com Gonçalves Ferreira (1990,17), *“O homem, como os outros seres vivos, esteve sempre e continuará a estar em luta permanente de adaptação às condições variáveis ou de riscos eventuais que o ambiente lhe cria. Estas condições implicam correntemente perigos para a saúde, se a adaptação de cada indivíduo ou afastamento desses perigos não forem adequados na intensidade do ajustamento”*. Sendo o atrás referido, para o mesmo autor *“uma consequência, em grande parte, da necessidade vital de cada indivíduo assegurar a sua sobrevivência fisiológica pelo equilíbrio adaptativo das funções orgânicas essenciais ao meio circundante, em que procura ou é forçado a viver, por sua vez sofrendo alterações frequentes”*. Deste modo, diversos autores têm vindo acrescentar alguns pareceres de carácter mais global e dinâmico, o que permite validar o conceito de Saúde para todos os indivíduos independentemente da fase do ciclo vital em que se encontram.

Há que considerar a saúde como uma qualidade dinâmica de vida, e não como uma entidade estática. Ela é o resultado, como já constatámos, da interacção de vários factores e condições, em que as pessoas não podem ser consideradas rigidamente separadas em sadias ou doentes. Ainda que, dentro do que se possa considerar como estado de saúde, existem variações num determinado período de tempo, entre limites de um baixo a um alto nível de bem-estar. A pessoa pode adquirir habilidades e conhecimentos para realizar as suas funções, recorrendo a vários factores físicos, mentais e sociais que afectem positivamente o seu bem estar.

9- Promoção de saúde e envelhecimento

Actualmente, a importância do desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde vem sendo destacada em nível mundial. Trata-se de uma ideia antiga na Saúde Pública e que tem origem no reconhecimento de que para a melhoria da saúde da população é necessário garantir o acesso a boas condições de vida e de trabalho.

Na década de 1980, a Organização Mundial de Saúde definiu a promoção da saúde como o processo que consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma (WHO, 1986).

Nos últimos 20 anos, o conceito de promoção da saúde vem sendo debatido em diversos eventos internacionais que apontam diretrizes para as políticas de saúde.

De acordo com a visão mais recente, para se alcançar um melhor nível de saúde não basta apenas estimular e/ou induzir os indivíduos a adotarem condutas saudáveis, sem considerar o contexto social, político, econômico e cultural no qual estão inseridos. O meio gera ou favorece o adoecimento, assim como facilita ou dificulta a prevenção, o controle e/ou cura das doenças.

Como apontado na Lei Orgânica da Saúde no Brasil (1990), a saúde da população é resultante do acesso ao conjunto de direitos sociais, tais como a paz, a segurança, a educação, o trabalho, a justiça, a moradia, a alimentação, o transporte e o lazer. É, portanto, multideterminada e depende de ações intersectoriais e integradas.

A promoção da saúde reconhece tais implicações e preconiza um conjunto de estratégias que incluem a implementação de políticas públicas saudáveis e a criação de ambientes favoráveis à saúde como dimensões fundamentais da responsabilidade social da saúde. Isto significa que a saúde não deve se encerrar nas ações do próprio setor, mas envolver todas as áreas, governamentais ou não, cujas ações repercutam na qualidade de vida da população.

Promover o envelhecimento saudável é, portanto, tarefa complexa que inclui a conquista de uma boa qualidade de vida e o amplo acesso a serviços que favoreçam lidar com as questões do envelhecimento da melhor maneira possível, considerando os conhecimentos atualmente disponíveis.

É vital ampliar a consciência sobre o envelhecer e os recursos para manutenção da saúde no processo de envelhecimento, ao mesmo tempo fortalecendo e instrumentalizando a população em suas lutas por cidadania e justiça social. O desenvolvimento de habilidades pessoais e o reforço da ação comunitária são outros campos centrais da promoção da saúde que compõem com os demais um conjunto integrado de estratégias individuais e coletivas para se alcançar maior saúde e bemestar.

A Educação em Saúde, como instrumento de ampliação e construção coletiva dos conhecimentos e práticas em saúde é, nesse contexto, uma ação fundamental.

10. - Representações sociais

A actividade pensante das sociedades em torno das suas vivências, experiências e comportamentos existe desde sempre.

Mesmo antes da psicologia, da psiquiatria ou sociologia reivindicarem o seu estatuto

de ciência, o homem não se demitiu de pensar acerca de objectos que não são apenas

objectos de pensamento ou conhecimento mas constituem o próprio sujeito de conhecimento. Nesta linha de raciocínio perguntemos se existe algum objecto mais

paradigmático disto mesmo que a morte. Pensar na morte e no suicídio, como forma

particular de morrer, não é pensar a própria existência humana? Não há sociedade ou

cultura em que não exista suicídio, embora este seja encarado de forma diferente consoante o período histórico e as ideologias prevalecentes. E, no

entanto, este tem-se mantido como o mais intrigante dos comportamentos humanos.

O homem ao deparar-se com os estímulos e exigências do meio envolvente, organiza-se, em termos individuais e sociais, no sentido de analisar e ordenar de forma

coerente a realidade. Os indivíduos, fazendo parte de um corpo social, perante elementos informativos novos ou relevantes, em termos de significado individual ou colectivo, colocam questões e procuram responder às mesmas no sentido da formulação de uma explicação, visão ou juízo coerente, que organize a realidade. Estes conhecimentos são transmitidos socialmente obedecendo, à partida, a uma lógica e os sujeitos assumem um papel activo na recepção destes conhecimentos. Ou seja, assume-se aqui uma perspectiva construcionista e interaccionista da elaboração psicológica e social da realidade que, assim sendo, deverá ser analisada, simultaneamente, enquanto produto e processo.

O quadro teórico das representações sociais constitui uma proposta de compreensão

da construção do pensamento social nas sociedades contemporâneas, procurando

determinar a lógica do pensamento. A teoria das representações sociais tenta identificar a forma como os sujeitos apreendem os comportamentos, os acontecimentos, os diferentes grupos e os factos. As representações sociais constituem, assim, uma forma particular de compreensão e também de comunicação, reflectindo e sendo, simultaneamente, condicionadas pelas experiências quotidianas e afectivas de cada um.

O quadro teórico das representações sociais tem promovido a emergência de um

conjunto amplo de estudos nos mais diversos domínios da psicologia e sociologia. As

revisões dos campos de aplicação da noção de representação social (cf, por exemplo, Jodelet, 1989; Mora, 2002; Vala, 2000; Wagner, 1994) mostram, por um lado, a diversidade de áreas e objectos para o estudo dos quais o campo das representações sociais se tem revelado útil; por outro lado, dão conta da pluralidade de metodologias passíveis de serem usadas tendo o quadro das representações sociais como pano de fundo conceptual.

De facto, o vasto campo de investigação das representações sociais revela a fecundidade e maturidade científica da noção de representação social.

10.1. - Noção de Representação Social

A introdução da noção de representação social deve-se a Moscovici (1976). O autor situa este conceito na interface do psicológico com o social, sendo esta uma das principais razões para considerar a sua definição única impossível. "*Se é fácil dar conta da realidade das representações sociais, não é fácil defini-las conceptualmente*" (Moscovici 1976, p.39). De ressaltar, desde já, que perante a multiplicidade de definições talvez seja mais elucidativo e correcto usar-se a expressão aproximações ao conceito de representação social quando tentamos clarificar a sua noção.

Na encruzilhada de um conjunto de conceitos sociológicos e psicológicos, a noção de representação social constitui-se como constructo integrador entre diferentes campos conceptuais da Psicologia Social. A propósito desta posição

ocupada pelas representações sociais, Jodelet (1989a) refere que a sua noção reflecte a *"tensão permanente entre pólo social e pólo psicológico"* (p. 42), situando-se na interface de duas disciplinas: a psicologia e a sociologia.

A noção de representação social remete para fenómenos psicossociais complexos dificultando, como já se fez referência, o estabelecimento de uma definição conceptual e operacional única. No entanto, deste mesmo facto, o da complexidade deste fenómeno, resulta a produção de um campo de investigação rico e que faz cruzar diversas caracterizadas por uma grande polissemia, designando um grande conjunto de fenómenos e de processos. De facto assiste-se a uma pluralidade de definições, uma vez que cada investigador pode produzir uma definição, realçando mais este ou aquele aspecto da polissemia que o conceito transporta.

Esta multiplicidade de definições aliada ao que os autores designam por capacidade ou

estímulo heurístico, e ainda as evidências empíricas em relação a uma produção científica fecunda, fazem com que o debate em torno da definição de representação social se revele irrelevante ou mesmo estéril. Moscovici (1988) não negando a utilidade das definições considera positiva a ausência da mesma.

Não obstante, Jodelet propõe uma definição que reúne, provavelmente, maior consenso entre a comunidade científica. Segundo esta autora as representações sociais *"são uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, com finalidades práticas e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social"* (1989b, p.36).

Como síntese, de realçar que, apesar de uma das condições geralmente apontada como primordial e preliminar aos estudos empíricos seja a definição conceptual e operacional dos próprios constructos, no âmbito das representações sociais esta questão tem-se revelado de menor importância. De facto, a coexistência de uma multiplicidade de definições não tem sido entrave ao desenvolvimento teórico e empírico nesta área.

Saliente-se que as definições, apesar da sua importância, podem impedir a capacidade heurística dos conceitos (Moscovici, 1988). Vala (2000) refere que a noção de representação social tem sido mais usada como um *"estímulo heurístico do que como um espaço conceptual bem delimitado"* (p.463). Assim, para a produção de investigação, mais do que optar por uma definição, torna-se fundamental colocar em evidência alguns aspectos que a noção implica, tais como o carácter construído e social da realidade, como a seguir se desenvolve.

10.2 . Funções das Representações Sociais

As representações sociais desempenham uma função constitutiva da realidade e da identidade psicossocial. Desta forma, permitem a elaboração de um campo social coerente e facilitam que os grupos ou as pessoas se situem no universo social.

É Moscovici (1981) que salienta a função constitutiva da realidade que as representações sociais desempenham ao referir que estas permitem transformar o não familiar em familiar. De facto, os indivíduos tendem a proteger-se do que é perturbador e ameaçador enquanto desconhecido.

conhecimentos anteriores. Perante o estranho, os indivíduos experimentam o desconforto associado à perda de significado e tendem a recuperar a segurança procurando anular a descontinuidade introduzida. Estes movimentos

são motores da transformação e como tal contribuem para o enriquecimento do mundo mental.

De uma forma generalizada, pode-se afirmar que as representações sociais desempenham uma função de atribuição de sentido ou de organização significativa da realidade.

Vala (2000) subdivide esta função em quatro funcionalidades relacionadas com: (a) os acontecimentos e as relações sociais;

(b) os comportamentos;

(c) a diferenciação social;

(d) a comunicação.

Relativamente à primeira funcionalidade apontada de referir que existem vários modelos de explicação para os acontecimentos (desde modelos internalistas, passando por modalidades que consideram o indivíduo autónomo, até às teorias que concebem o sujeito como dominado). No entanto, todos eles parecem cumprir a mesma função: dotar os indivíduos de controlo sobre os acontecimentos da vida quotidiana.

Efectivamente, muitos dos comportamentos do indivíduo correspondem às suas representações, quer estas estejam consciente ou inconscientemente presentes no sujeito.

As representações sociais constituem uma orientação para o comportamento uma vez que modelam ou constituem o contexto em que se desenrola a acção. Quanto à terceira função, a da diferenciação social, Moscovici (1976) assinala que as especificidades de cada grupo contribuem para as especificidades das suas representações, que por sua vez contribuem para a diferenciação dos grupos sociais. Assim sendo, as representações sociais estão interligadas com os fenómenos de diferenciação social.

Capitulo III- Estudo empírico

11.-caracterização do local da investigação

Angola é um país situado no continente africano, na região da África austral com uma superfície de 1.246.700km², dividido em 18 províncias, sua população é estimada em 14.000.000 de habitantes, cuja a sua capital é Luanda, situada a norte do país, ex-colónia portuguesa desde 1842, independente desde 11 de Novembro de 1975, estando actualmente na terceira república e em véspera da quarta, cujo o seu presidente é o eng^o José Eduardo dos Santos. sua moeda é o kwanza. Várias etnias e línguas nacionais completam o mosaico de Angola.

Benguela, constitui uma das províncias, constituída por 9 municípios, 56 comunas, numa extensão de 2.100km² de sua superfície, e sua população estimada em 715.000 habitantes aproximadamente de várias etnias predominantemente os umbundos, cuja a sua capital provincial é o município de Benguela, comportando sete (6) comunas ou zonas (A, B, C, D, E e F).

11.1.- Caracterização do Hospital central de Benguela

O Hospital central de Benguela, está situado no bairro do quiche, zona E, município de Benguela, na rua 31 de Janeiro, com uma capacidade de instalação de 570 camas entre diversas valências (cirurgia geral e especializada, clínica geral, pediatria, obstetrícia e ginecologia), com todos os serviços de diagnóstico e terapêutica a funcionar, conta com um aparato de 1500 trabalhadores de entre diversos profissionais

(médicos, enfermeiros, analistas, farmacêuticos, dentistas, oftamologistas, cirurgiões, imagiologistas, pessoal administrativo e outros).

11.2.- Caracterização do Hospital municipal de Benguela

O hospital Municipal de Benguela, está situado no bairro 70, na zona A, próximo ao aeroporto 17 de Setembro, no município de Benguela, com uma capacidade de instalação de 150 camas entre diversas valências (cirurgia geral e especializada, clínica geral, pediatria, obstetrícia e ginecologia), com todos os serviços de diagnóstico e terapêutica a funcionar, conta com um aparato de 186 trabalhadores de entre diversos profissionais.

11.3--Caracterização do colégio Bueia & Filhos de Benguela

O colégio Bueia & Filhos, está situado no bairro da nossa senhora da graça, zona F, município de Benguela, é uma instituição de ensino técnico profissional de nível médio com cursos de enfermagem e análises clínicas, isto é no ramo de ciências de saúde. Tem a capacidade de acolher 960 estudantes de diversos cursos em três turnos (manhã, tarde e noite), estando neste momento a leccionar 647 alunos e alunas. Tem 38 professores dos quais 30 com a formação superior concluída (licenciatura pelo Instituto Superior de Ciências de Educação-ISCED).

12. - METODOLOGIA

Os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações de uma investigação segundo Fortin (1999,22). Assim a metodologia apresenta-se como um conjunto de conhecimentos e habilidades que permitem ao investigador orientar-se no processo de pesquisa, na selecção adequada de conceitos, na elaboração das hipóteses e na aplicação das técnicas ajustadas à colheita de dados.

Segundo Gil (1995), o método é o *“caminho para se chegar a determinado fim”* e o método científico é *“o conjunto de procedimentos, intelectuais e técnicos adoptados para atingir o conhecimento”*. Deste modo, para um conhecimento ser científico, é fundamental identificar as operações mentais e técnicas que possibilitam a sua verificação, ou seja, determinar o método através do qual se conseguiu adquirir determinado conhecimento.

Neste capítulo será apresentado o tipo de estudo realizado, os objectivos do estudo, população alvo, técnicas de amostragem, o método de recolha de dados.

12.1 – TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo, de acordo com Fortin (1999,133), *“descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação, visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade”*. Ainda segundo a mesma autora *“a cada tipo de estudo corresponde um desenho que especifica as actividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação ou às hipóteses”*.

Atendendo ao nosso problema, optou-se por desenvolver um estudo descritivo, exploratório de abordagem quantitativa e qualitativa.

Estudo descritivo porque *“Esta área de investigação implica estudar, compreender e explicar a situação actual do objecto da investigação”* Carmo e Ferreira (1998:213).

Estudo exploratório *“cujo objectivo é, como o nome indica, proceder ao reconhecimento de uma dada realidade pouco ou deficientemente estudada e levantar hipóteses de entendimento dessa realidade”* Carmo e Ferreira (1998:47).

12.2 – HIPOTÉSES DO ESTUDO

A revisão da literatura efectuada levou-nos a considerar a opção mais apropriada dos instrumentos de medida relativamente às representações sociais do idoso em profissionais de saúde e não profissionais de saúde. Neste sentido, sendo o envelhecimento uma área tão abrangente, e tendo em conta a nossa experiência e vivência pessoal e profissional de anos de contacto com este grupo social, fazemos uma reflexão, centrando a questão da pessoa e na pessoa, em situação normal, surgindo algumas hipóteses de investigação:

- Quais são as representações sociais, positivas e negativas, que os profissionais e não profissionais de saúde têm face ao Envelhecimento, à Velhice, ao Idoso e a terceira idade?
- Os profissionais e não profissionais de saúde têm maioritariamente representações negativas ou positivas acerca do idoso e do envelhecimento, dada a natureza da sua actividade profissional?

12.3.- População e amostra

A população alvo é de aproximadamente 800 profissionais e não profissionais de saúde encontradas nas áreas onde se efectuou a investigação, donde fizeram parte os enfermeiros, professores, técnicos de diagnóstico e terapêutica, médicos, administrativos e estudantes na área de saúde.

A técnica de amostragem utilizada, foi não probabilística de conveniência. Tal como refere Carmo e Ferreira (1998:197) *“Na amostragem de conveniência utiliza-se um grupo de indivíduos que esteja disponível ou um grupo de voluntários”*. Desta forma, a amostra foi constituída por um grupo de indivíduos que demonstraram acessibilidade, estando presentes no local onde decorreu o estudo, no tempo determinado.

A dimensão da amostra prendeu-se com a totalidade de 80 profissionais e não profissionais de saúde do Hospital central de Benguela, Hospital Municipal de Benguela e colégio bueia & filhos que desempenham a sua actividade profissional há mais de um ano, na prestação directa e indirecta de cuidados aos idosos.

Na nossa amostra é constituída por 80 sujeitos, sendo 30 (37,5%) do sexo masculino e 50 do sexo feminino (62,5%)

A idade média da amostra é de 32,36 anos (DP = 9,18)

12.4. – Técnica de recolha de dados

Martins (2004,73), refere que *“os instrumentos de colheitas de dados em investigação, são os equipamentos utilizados para colher a informação pertinente e necessária”*. Deste modo, a seleção do instrumento da colheita de

dados deve estar diretamente relacionada com o problema em estudo, de modo a permitir a avaliação das variáveis em causa.

Na perspectiva de Fortin (1999,134), *“os dados a colher com a ajuda de um instrumento de medida devem ser exatamente os necessários para responder aos objectivos da investigação.”*

O tipo de método de recolha de dados a utilizar depende, fundamentalmente, da natureza do problema de investigação que é levantado, devendo ter-se em conta diversos factores aquando da sua escolha, tais como os objectivos do estudo, as variáveis definidas e a sua operacionalização, a validade e fidelidade do método de recolha de dados, entre outras.

A recolha de dados foi efectuada no hospital central de Benguela, hospital municipal de Benguela e colégio buéia e filhos. Os sujeitos que fizeram parte da amostra foram inquiridos através de um inquérito por questionário.

De acordo com Fortin (1999,249) *“Um questionário é um método de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos”...“É um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a normalizar e a controlar dados, de tal forma que as informações procuradas passam a ser colhidas de uma maneira rigorosa”.*

No nosso estudo, as questões foram concebidas com o objectivo de colher informação acerca da temática em estudo. Conceber o instrumento de medida, o inquérito por questionário, implicou um conhecimento aprofundado do objectivo a atingir, bem como a aquisição de conhecimentos acerca do fenómeno envelhecimento, através da pesquisa bibliográfica e de consulta de outros estudos na mesma área.

12.5. – Instrumentos de Recolha de Dados

A escolha do instrumento de recolha de dados fez-se após a consulta de diversa bibliografia, que de acordo com Fortin (1999,134) *“Os instrumentos de medida servem para colectar os dados que forneceram respostas às questões de investigação ou às hipóteses”.*

Após definidos os objectivos do nosso estudo, tendo em conta o que pretendíamos medir e as nossas finalidades, optámos por utilizar como instrumento o inquérito por questionários (Anexos I,II).

O inquérito por questionário foi aplicado a 80 profissionais e não profissionais de saúde.

O objectivo foi recolher informações relativamente às representações sociais do idoso em profissionais e não profissionais de saúde.

12.6 – PROCEDIMENTOS

Descrever os procedimentos realizados na construção do nosso estudo, toma pertinência para a compreensão de como este foi organizado e elaborado.

A fase conceptual do estudo permitiu-nos de uma forma ordenada formular ideias, acerca da temática a que nos propúnhamos investigar. Como refere Fortin (1999,39),

“A fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação”.

Após identificarmos e definirmos a problemática da investigação e estabelecidos os objectivos, estava encontrado o ponto de partida do estudo.

De acordo com Fortin (1999,59) "*O ponto de partida de qualquer investigação consiste em escolher um domínio de interesse e em transpô-lo para uma questão que será estudada*".

Assim, a questão de partida do nosso estudo, é a seguinte:

"Quais são as representações do idoso em profissionais e não profissionais de saúde?"

Procedeu-se a uma revisão da literatura sobre a temática do idoso e terceira idade, das representações sociais e das representações sociais face ao envelhecimento, aos idosos e terceira idade.

Foi realizada uma revisão de documentos teóricos e empíricos. Fortin (1999,40) refere que "*A revisão da literatura permite determinar os conceitos ou a teoria que servirão de quadro de referência*". Desta forma, e de acordo com o citado pela autora, procedemos de seguida à elaboração do nosso quadro teórico, com um encadeamento de ideias e conceitos fundamentais.

Passando a uma fase de operacionalização e já escolhido o local do estudo, foi realizada uma exposição junto das direcções dos serviços onde iríamos realizar a nossa investigação. Foi abordado o âmbito do estudo e os seus objectivos.

De seguida procedemos ao início da fase metodológica, em que foram determinados os métodos a ser utilizados para obter respostas à questão de partida do estudo. Foi definida a população e o instrumento mais adequado para a recolha de dados. Foi elaborado um teste de associação livre de palavras, que foi aplicado em forma de pré-teste,

a vinte informantes qualificados dos profissionais e não profissionais de saúde, escolhidos aleatoriamente. As palavras estímulo utilizadas neste teste foram: idoso, terceira idade e Velho. Cada informante qualificado classificava cada um destes conceitos com cinco palavras, de acordo com o que pensava relativamente a cada um deles. Após a recolha das respostas dos vinte inquiridos, efectuou-se a sua análise.

Verificámos que este tipo de teste seria aplicável no instrumento definitivo.

Continuámos a elaboração do instrumento de recolha de dados, o inquérito por questionário. Considerámos que este se revelava como o instrumento de medida que traduziria melhor os objectivos do nosso estudo, sendo as suas variáveis mensuráveis.

Este permitiu colocar uma série de questões, concebidas com o objectivo de colher informação acerca das representações sociais do idoso em profissionais e não profissionais de saúde. O mesmo continha afirmações relativamente às quais os sujeitos da amostra tinham que se situar, numa tabela em fazer pensar.

Este mostrou-se como uma etapa fundamental e indispensável no estudo, pois como refere Carmo e Ferreira (1998,145), o pré-teste "*poderá também permitir averiguar as condições em que o questionário deverá ser aplicado, a sua qualidade gráfica e a adequação da carta e das instruções que o acompanham*".

A aplicação do teste deste estudo teve como objectivo verificar os seguintes aspectos:

- _ Se o texto de introdução era adequado e explícito
- _ Se a linguagem era adequada
- _ Se as afirmações eram compreensíveis, sem dificuldade de interpretação
- _ Se a dimensão do questionário era adequada

Capítulo VI.- Resultados da investigação

Em seguida iremos, apresentar os resultados da aplicação do teste de associação livre de palavras dos profissionais e não profissionais de saúde. Os resultados são apresentados essencialmente sob a forma de quadros. Embora surjam neste capítulo, alguma análise dos resultados, não pretendemos que a fase de discussão de resultados é fundamental em qualquer estudo, permitindo-nos sistematizar a informação recolhida, mas também destacar e evidenciar os resultados mais significativos e confrontá-los com todo o quadro teórico que deu suporte ao estudo.

Esta fase permite-nos procurar a resposta da nossa questão de partida:

“Quais as representações sociais dos profissionais e não profissionais de saúde face ao idoso? Bem como mobilizar os dados obtidos através das respostas dos profissionais e não profissionais de saúde , no sentido de mobilizar adequadamente as nossas hipóteses de investigação, sendo estas:

- Quais são as representações sociais, positivas e negativas, que os profissionais e não profissionais de saúde têm face ao idoso e terceira idade?
- Os profissionais e não profissionais de saúde têm maioritariamente representações negativas ou positivas acerca do idoso e da terceira idade, dada a natureza da sua actividade profissional e não profissional?

Desta forma, para dar resposta à nossa questão de partida utilizámos um inquérito por questionário, com um Teste de Associação Livre de Palavras. Segue-se a discussão dos resultados obtidos a partir deste instrumento.

Tabela I : Factor 1 – Representações Positivas face ao Idoso
Factor 1 – Representações Positivas face ao Idoso

Representações positivas face ao idoso

| Nº | | Sub-total |
|----|--------------------|-----------|
| 1 | Biblioteca | 22 |
| 2 | Conselheiro | 20 |
| 3 | Experiente na vida | 17 |
| 4 | Reformado | 16 |
| 5 | Pai de família | 14 |
| 6 | responsabilidade | 9 |
| 7 | amiga | 7 |

Após a análise dos valores percentuais encontrados, verificamos que os profissionais e não profissionais de saúde inquiridos na categoria do idoso ,na sub-categoria de representação positiva, se reportam à primeira dimensão: biblioteca, com respostas maioritariamente relacionadas com o idoso ,

seguidamente, dão mais ênfase a de conselheiro , continuando com experiente na vida com ,reformado ,pai de família ,responsável e finalmente amiga .

Na sub categoria da representação negativa face ao idoso os valores percentuais se reflectiram na seguinte forma:

O número de respostas foram no total de oito seleccionados ,no global de quinze. De seguida verificou-se com maior número de respostas Velho na sua vertente social .

Relativamente à dimensão perca de faculdades, a vertente social apresentou-se com significativas a seguir com , a vertente abandono vem de encontro aos resultados das dimensões das respostas dadas pelos inquiridos , seguidas pelas cansado ,doente ,idade avançada ,triste e finalmente próximo da morte .

Os profissionais e não profissionais de saúde, como qualquer outro grupo social são influenciados pelas representações positivas e negativas do idoso e terceira idade, pelo que sentimos a necessidade de conhecer quais os sentimentos dos profissionais e não profissionais de saúde face a cada dimensão já referida. Fazendo uma análise sistematizada de cada uma das categorias e sub categorias , a fim de obter uma percepção da realidade a nível das respostas obtidas.

Tabela II : Representações Negativas face ao Idoso

| Nº | | Sub-total |
|----|--------------------|-----------|
| 1 | Velho | 71 |
| 2 | Perca de faculdade | 32 |
| 3 | Abandonado | 15 |
| 4 | Cansado | 13 |
| 5 | Doente | 12 |
| 6 | Idade avançada | 12 |
| 7 | Triste | 9 |
| 8 | próximo á morte | 8 |

Para a subcategoria Negativa, foram obtidas respostas que se traduziram em unidades de registo, como:

Velho (71)

Perca de faculdades (32)

Abandonado (15)

Cansado (13)

Doente (12)

Idade avançada (12)

Triste (9)

Próximo á morte (8)

Foram ainda obtidas com uma unidade de registo, outras respostas de carácter negativa como: Debilitado,sofredor,sem estilo de vida,sem família,resmungão,solitário,queixoso e violento

De seguida verificou-se com maior número de respostas Velho na sua vertente social .

Relativamente à dimensão perda de faculdades, a vertente social apresentou-se com significativas a seguir a vertente abandono , seguidas pelas cansado ,doente ,idade avançada ,triste e finalmente próximo da morte .

Os profissionais e não profissionais de saúde, como qualquer outro grupo social são influenciados pelas representações positivas e negativas do idoso e terceira idade, pelo que sentimos a necessidade de conhecer quais os sentimentos dos profissionais e não profissionais de saúde face a cada dimensão já referida. Fazendo uma análise sistematizada de cada uma das categorias e sub categorias , a fim de obter uma percepção da realidade a nível das respostas obtidas.

Na dimensão idoso obtivemos 461 respostas de Registos em duas categorias, como já vimos anteriormente, sendo elas: positivo e negativo, conforme os gráficos I e II.

Tabela III: Terceira Idade

3.2 - ANÁLISE DOS FACTORES

Iremos de seguida apresentar os quadros com as inerentes questões a cada um dos factores. Apresentaremos os valores mínimos e máximos reais e teóricos associados a cada um dos factores. Apresentaremos também o valor médio encontrado na nossa amostra.

Para calcular o valor mínimo e máximo teórico partimos do pressuposto, no caso do valor mínimo, que cada uma das afirmações associadas ao respectivo factor era sempre cotada com 9. No caso do valor máximo eram cotados com o valor mais elevado em 14.

Posto isto passaremos à apresentação dos valores relativos a cada um dos factores.

Tabela III: Factor 1 – Representações Positivas face a terceira idade
Representações Positivas face a terceira idade

| Nº | | Sub-total |
|----|--------------------|-----------|
| 1 | experiente na vida | 14 |
| 2 | Conselheiro | 13 |
| 3 | Amoroso | 12 |
| 4 | longa vida | 9 |
| | total | |

Factor 1 – Representações Positivas face a terceira idade

Os profissionais e não profissionais de saúde inquiridos relativamente à dimensão terceira idade, distribuem a sua opinião na vertente social pelos aspectos positivos .

Assim, obtivemos para a sub categoria positiva, respostas de carácter positiva, que em unidades de registos se traduziram em:

Reformado (17)

Experiente na vida (14)

Conselheiro (13)

Amoroso (12)

Longa vida (9)

Foram ainda obtidas com uma unidade de registo, uma variedade de outras respostas de carácter positiva como: biblioteca,histórica,responsável,alegre,carinhoso,família abençoado,respeitada e sincera.

Tabela IV: Factor 2 – Representações Negativas face a terceira idade
Representações Negativas face a terceira idade

| Nº | | Sub-total |
|----|---------------------|-----------|
| 1 | abandonado | 46 |
| 2 | perca de faculdades | 29 |
| 3 | Velho | 29 |
| 4 | terceira idade | 26 |
| 5 | em final de vida | 25 |
| 6 | reformado | 17 |
| 7 | Idoso | 15 |
| 8 | incapacitado | 12 |
| 9 | violência | 12 |
| 10 | Triste | 11 |
| 11 | doente | 9 |

Factor 2 – Representações Negativas face a terceira idade

Para a subcategoria Negativa, foram obtidas respostas que se traduziram em unidades de registos, como:

Abandonado (46) ,

Perca de faculdades (29)

Velho (29)

Terceira idade (26)

Em final de vida (25)

Reformado(17)

Idoso(15)

Incapacitado (12)

Violento (12)

Triste (11)

Doente (9)

Foram ainda obtidas com uma unidade de registos, outras respostas de carácter negativa como: criança, idade avançada, cansado, antiquado, complicado, próximo da morte, sofredor, bêbado, debilitado e desleixado.

Na dimensão idoso obtivemos 432 respostas de Registos em duas categorias, como já vimos anteriormente, sendo elas: positivo e negativo, conforme as tabelas III e IV.

Tabela V - Idade dos profissionais e não profissionais de saúde inquiridos

| | |
|-------|----|
| 18-30 | 34 |
| 30-40 | 27 |
| 40-56 | 19 |
| total | 80 |

Através da tabela podemos verificar que as idades variam entre 18. anos de idade a 56 anos de idade ,entre profissionais e não profissionais de saúde com maior número a faixa dos 18-30 anos(34),seguida da faixa dos 30-40(27),terminando com as últimas idades 40-56 anos(19).

Conclusões

Em angola é dado o poder aos mais velhos para a resolução de problemas da comunidade de vários tipos: jurídicos, religiosos, médico-mágico, educacional, económico. A ele também é dado o poder para que se mantenha a cultura do seu povo através da transmissão de sua experiência de vida para os mais novos através da arte de contar.O contador, ou seja, um ser que 'mima a palavra', é quase sempre um velho, o qual, no momento do dito, torna-se automaticamente luminoso. (vieira,josé luandino.são paulo.Africa 1982).

Os mais velhos não devem ser vistos como um peso a descartar, mas como bibliotecas vivas com as quais temos muito a aprender. Quando se vota um idoso ao abandono, estamos a perder uma grande oportunidade de aprendermos muitas coisas que não são ensinadas nas escolas.

Que as organizações juvenis e associações cívicas do país se mobilizem para um amplo trabalho que nos conduza ao resgate de valores que asseguram a harmonia e a sã convivência na nossa sociedade. Independentemente das nossas convicções pessoais ou de grupo, temos todos nós o dever de contribuir para que a solidariedade seja efectivamente praticada na nossa comunidade. A actual geração deve constituir-se num bom exemplo para as futuras gerações

Angola assiste um total de 226.597 mil pessoas idosas nas comunidades em situação de vulnerabilidade, sendo 123 mil 771 são mulheres e 102 mil 836 homens. Controla 14 lares da terceira idade com um total de 6000 pessoas idosas, estando em curso a construção de mais 14 lares na previsão de albergar 1500 idosos.

Os idosos residentes nos lares da terceira idade estão engajados em actividades de terapia ocupacional, nas áreas de artesanato, criação de animais de pequeno porte, horticultura, desporto de manutenção física e alfabetização.

Envelhecer representa viver mais tempo e este acréscimo de anos a viver ocasiona transformações que afectam toda a trajectória de vida. É preciso pensar nos problemas de uma nova forma. As representações sociais precisam de tempo para se adequarem às transformações que vão ocorrendo nas sociedades, algumas delas profundas e imperceptíveis”.

Fernandes (1997)

O conceito de envelhecimento hoje em dia interage com o conceito de desenvolvimento como um balanço constante entre “ganhos” e “perdas”. De acordo com Fonseca (2004,63) citando Baltes (1987) “*Em todos os momentos do curso da vida humana, o desenvolvimento é uma expressão conjunta de aspectos de crescimento (ganhos) e de declínio (perdas)*”, referindo ainda que “*Qualquer progressão desenvolvimental mostra ao mesmo tempo o aparecimento de novas capacidades previamente existentes*”.

Concluimos que através dos resultados obtidos nas respostas dos enfermeiros inquiridos, na análise dos factores, obtivemos uma maior concordância com as afirmações ligadas a uma representação positiva do idoso, e uma maior discordância dos enfermeiros da nossa amostra, para as afirmações que reenviam para uma representação mais negativa do idoso.

Ficámos com a noção de que inúmeras vezes as representações negativas estão também ligadas ao desconhecimento relativamente ao idoso e ao processo de envelhecimento, e por se desconhecer todo este processo, criam-se falsas percepções, que acabam por contribuir para o isolamento deste grupo social, os idosos, e de alguma forma ajudar para acelerar todo o seu processo de envelhecimento. Percebemos assim, no nosso estudo, uma dualidade nas respostas obtidas. Por um lado, com associação do envelhecimento e dos idosos a noções de carácter negativo. Por outro lado, a associação simultânea a noções de carácter positivo.

Nesta perspectiva, realizamos este estudo, onde através do questionário aplicado aos profissionais e não profissionais de saúde, pretendemos responder às questões de investigação, que orientaram toda a nossa pesquisa. Tentámos conhecer qual o grau de representação do idoso em profissionais e não profissionais de saúde.

Bibliografia

ANGOP. Jornal de Angola. 21 de Maio de 2010

BERGER, L. ; POIRIER, D. (1995) – **Pessoas Idosas. Uma Abordagem Global**. Lisboa. Lusodidacta.

BIZE, P. R. ; VALLIER, C. (1985) – **Uma Vida Nova: a terceira idade**. Lisboa.

CABETE, D. G (1999) – Cuidados Continuados e Continuidade de Cuidados in CARMO; H., FERREIRA; M. (1998). **Metodologia da Investigação: Guia para a Auto aprendizagem**. Lisboa. Universidade Aberta

Coimbra. Formação. pp 94-113

Coimbra: Dissertação de Mestrado em Saúde Pública apresentada à Faculdade de Medicina de Coimbra.

COSTA, M (2002). – **Cuidar idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros**. Coimbra. Editora Formasau. 2002

Costa, Maria Arminda Mendes e Outros – **O idoso Problemas e Realidades**.

Diário da República nº4/05 (República de Angola); Decreto nº 1/05 de 10 de janeiro

Explorer

FONSECA, A. M. (2004) – **O Envelhecimento. Uma Abordagem Psicológica**.

FONTAINE, R. (2000) – **Psicologia do envelhecimento**. Lisboa. Climepsi

FORTIN, Marie Fabienne (2003) – **O processo de investigação: da concepção à realização**. 3ª ed. Loures: Lusociência

FREITAS, Elisabete Viana de [et al.] (2002) – **Tratados de geriatria e Geriatria**. Lisboa. (126) Junho. pp 5-10

Geriatria. Lisboa: Ano XV. Vol. XV, nº141, Fevereiro. pp. 33-39

gerontologia. Rio de Janeiro : Guanabara koogan 176

GIL, A.C. (1995) – **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4ª ed. São Paulo. Atlas

GONÇALVES, C. (2002) – O Envelhecimento da População em Portugal.

http://www.ine.pt/prod_serv/estudos/pdf/envelhecimento.pdf - Microsoft Internet

idosa no Alentejo. **Economia e Sociologia**. Lisboa. Fevereiro. pp 15-18

idosas. Consultado em Fevereiro de 2006. Disponível em URL

ILHÉU, José Ramalho (1993) – Estratégias de participação social na população
 INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2002) – **O Envelhecimento em**
 L.; MAILLOUX-POIRIER, D. - **Pessoas Idosas. Uma Abordagem Global.**
 Lisboa. Lusodidacta. pp 99-105
 Lei constitucional Angolana ;art.18º
 Lisboa. Edições Universidade Católica Portuguesa
 MAILLOUX-POIRIER, D. (1995) – As Teorias do Envelhecimento. In. BERGER,
 MARTINS, Rosa Maria Lopes (2004) – **Qualidade de vida dos idosos da**
região de Viseu. Badajoz. Tese de Doutoramento apresentada ao
 Departamento de Psicologia e Sociologia da Educação da Universidade da
 Estremadura.
 MATOS, M. ; AVELAR, T. (2000) – A Explicação Evolutiva do Envelhecimento.
 Mestrado de Comunicação em Saúde. Lisboa. Universidade Aberta
 MOI, R. C. (2004) – **Envelhecimento do sistema tegumentar: revisão**
Montepio Geral. Lisboa. Nº38. Dezembro. pp 3-4
 MOSCOVICI, S. (2005) – **Representações Sociais: Investigação em**
 NAZARETH, M. (1994) – O envelhecimento demográfico da população
 NETO, F. (1998) – **Psicologia Social.** Volume I. Universidade Aberta
 NEVES, I. (2002) – A Protecção Social da Velhice. **Montepio Geral.** Lisboa. Nº
 NOBREGA, S. M. (2003) – **Representações Sociais: Teoria e Prática.** In:
 NOGUEIRA, P. C. A. (1996) – **O idoso: o sentimento de solidão ou o mito**
do abandono. Monografia de fim de curso apresentada no Instituto Superior de
 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1985) – **As metas de Saúde para**
 pensamento social. J. Vala e M. B. Monteiro (Dir.) *Psicologia social* (353-
Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas
 portuguesa no início dos anos 90. In: **Geriatria.** (7) (64). pp 5-17 *Psicologia*
Aplicada. Lisboa
Psicologia. Petrópolis. Editora Vozes
 QUEIROGA, S. (2002) – O Papel da Animação Sócio-cultural na Inserção
 Social.
 QUIVY; R; CAMPENHOUDT, L. (1998). **Manual de Investigação em Ciências**
 ROBERT, L.(1995) – **O envelhecimento – Factores e Teorias.** Lisboa.
 Biblioteca básica de ciências e cultura. Instituto Piaget.
 SIMÕES, C. M. J. (1999) – **Velhice: Realidade Viva ou Imagem Sofrida.**

sistemática da literatura. Brasil

Sociais e Interdisciplinaridade. In: JESUÍNO J.C.; MOREIRA

SOUSA, L.; et al (2004) – **Os Cuidados Familiares na Velhice.** Porto. Ambar

STAAB, A. S.; HODGES, L. C. (1998) – **Enfermería Gerontológica:**

Adaptación al proceso de envejecimiento. México: MacGraw-Hill
Interamericana, cop.

Todos: metas da estratégia regional Europeia da saúde para todos.

Lisboa. Ministério da Saúde.

Universidade Nova de Lisboa.

Urbano. Tese de Doutoramento, Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas da

Vala, J. (1993) Representações sociais - para uma psicologia social do

VALA, J. (2000) – **Representações Sociais e Psicologia do Conhecimento
do Quotidiano**, in Vala J. e Monteiro, M.B. (coord.). Psicologia Social.

Vieira, José Luandino. Luanda. São Paulo. África 1982. p.14

WAGNER W. (2003) – História, Memória e Senso Comum Representações

ANEXOS

CESPU FORMAÇÃO ANGOLA/MESTRADO EM PSICOLOGIA CLINICA E DE SAÚDE.

A CESPU Formação Angola está a realizar um estudo sobre representação do idoso em profissionais e não profissionais de saúde. É para este estudo que peço a sua colaboração.

As suas respostas são confidenciais - não serão reveladas a ninguém - e destinam-se exclusivamente a fins de investigação científica. Por isso mesmo não terá de se identificar. Responsabilizo-me pessoalmente pela confidencialidade das suas respostas.

Vou apresentar-lhe uma palavra em relação à qual deve dizer-me todas as palavras que lhe ocorrem, isto é, todas as palavras de que se lembre.

Vejamos um exemplo:

COMIDA faz-me pensar em: garfo, prato, arroz, satisfação, fome etc...

Interessa-me a sua resposta espontânea. Diga todas as palavras que lhe ocorrem. Diga o maior número possível de palavras. Não há boas nem más respostas. Não existe qualquer limite de tempo.

IDOSO faz-me pensar em:

| | |
|----|-----|
| 1- | 7- |
| 2- | 8- |
| 3- | 9- |
| 4- | 10- |
| 5- | 11- |
| 6- | 12- |

TERCEIRA IDADE faz-me pensar em:

| | |
|----|-----|
| 1- | 7- |
| 2- | 8- |
| 3- | 9- |
| 4- | 10- |
| 5- | 11- |
| 6- | 12- |

Para fins de tratamento estatístico agradecia que respondesse às seguintes questões:

- 1- Idade _____ anos
- 2- Sexo _____ M ☐ F ☐
- 3- Profissão: _____
- 4- Há quanto tempo exerce a sua profissão: _____ anos.
- 5- Qual o seu tempo de Serviço: _____ anos.
- 6- Fora do Serviço, contacta com pessoas idosas:
Sim ☐
Não ☐

6.1- Se respondeu sim à pergunta anterior, responda por favor às seguintes questões:

6.1.1- Contacta com pessoas idosas no âmbito:

Pessoal ☐ Profissional ☐ Ambas ☐

6.1.2- com frequência contacta com pessoas idosas:

| Âmbito pessoal | Âmbito profissional |
|---|---|
| Todos os dias <input type="checkbox"/> | Todos os dias <input type="checkbox"/> |
| Todas as semanas <input type="checkbox"/> | Todas as semanas <input type="checkbox"/> |
| Mesalmente <input type="checkbox"/> | Mesalmente <input type="checkbox"/> |
| Nas férias <input type="checkbox"/> | Nas férias <input type="checkbox"/> |

Muito obrigado pela sua colaboração

CESPU FORMAÇÃO ANGOLA/MESTRADO EM PSICOLOGIA CLINICA E DE SAÚDE.

A CESPU Formação Angola está a realizar um estudo sobre representação do idoso em profissionais e não profissionais de saúde. É para este estudo que peço a sua colaboração.

As suas respostas são confidenciais - não serão reveladas a ninguém e destinam-se exclusivamente para fins de investigação científica. Por isso mesmo não terá de se identificar. Responsabilizo-me pessoalmente pela confidencialidade das suas respostas.

Vou apresentar-lhe uma palavra em relação à qual deve dizer-me todas as palavras que lhe ocorrem, isto é, todas as palavras de que se lembre.

Vejamos um exemplo:

Comida faz-me pensar em: garfo, prato, arroz, satisfação, fome etc...

Interessa-me a sua resposta espontânea. Diga todas as palavras que lhe ocorrem. Diga o maior número possível de palavras. Não há boas nem más respostas. Não existe qualquer limite de tempo.

Terceira Idade faz-me pensar em:

| | |
|---|----|
| 1 | 7 |
| 2 | 8 |
| 3 | 9 |
| 4 | 10 |
| 5 | 11 |
| 6 | 12 |

IDOSO faz-me pensar em:

| | |
|---|----|
| 1 | 7 |
| 2 | 8 |
| 3 | 9 |
| 4 | 10 |
| 5 | 11 |
| 6 | 12 |

Para fins de tratamento estatístico agradecia que respondesse às seguintes questões:

7- Idade _____ anos

8- Sexo _____ M ☐ F ☐

9- Profissão: _____

10- Há quanto tempo exerce a sua profissão: _____ anos.

11- Qual o seu tempo de Serviço: _____ anos.

12- Fora do Serviço, contacta com pessoas idosas:

Sim ☐

Não ☐

6.1- Se respondeu sim à pergunta anterior, responda por favor às seguintes questões:

6.1.1- Contacta com pessoas idosas no âmbito:

Pessoal ☐ Profissional ☐ Ambas ☐

6.1.2- com frequência contacta com pessoas idosas:

| Âmbito pessoal | Âmbito profissional |
|---|---|
| Todos os dias <input type="checkbox"/> | Todos os dias <input type="checkbox"/> |
| Todas as semanas <input type="checkbox"/> | Todas as semanas <input type="checkbox"/> |
| Mesalmente <input type="checkbox"/> | Mesalmente <input type="checkbox"/> |
| Nas férias <input type="checkbox"/> | Nas férias <input type="checkbox"/> |

Muito obrigado pela sua colaboração

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu-----depois de ter assinado e informado(a) sobre os objectivos e procedimentos do estudo “Representações sociais do idoso em profissionais e não profissionais de saúde”que está a ser desenvolvido no ambito do mestrado em psicologia clinica e da saúde,declaro que voluntariamente concordo em colaborar neste estudo,sendo garantida a confidencialidade dos meus dados.

Benguela,Outubro de 2011

Quadro 1: Idoso

Quadro ilustrante de respostas qualitativas e quantitativas

| | |
|-----------------------|-----------|
| Velho | 71 |
| Perca de faculdade | 32 |
| Biblioteca | 22 |
| Conselheiro | 20 |
| Experiente na vida | 17 |
| Reformado | 16 |
| Abandonado | 15 |
| Pai de família | 14 |
| Cansado | 13 |
| Doente | 12 |
| Idade avançada | 12 |
| Responsabilidade | 9 |
| Triste | 9 |
| Próximo á morte | 8 |
| Amiga | 7 |
| Criança | 6 |
| passado | 6 |
| debilitado | 5 |
| dependente | 5 |
| realizado | 5 |
| sofrer | 5 |
| adulto | 4 |
| carinhoso | 4 |
| desprezado | 4 |
| impaciente | 4 |
| recordação | 4 |
| sem estilo de vida | 4 |
| sem família | 4 |
| ansiedade | 3 |
| futuro | 3 |
| recreação | 3 |
| resmungão | 3 |
| solitário | 3 |

| | | |
|----------------------------|---|--|
| alegria | 2 | |
| alterado | 2 | |
| convivencia | 2 | |
| cuidado | 2 | |
| divertido | 2 | |
| esquecido | 2 | |
| exemplo | 2 | |
| família | 2 | |
| importante | 2 | |
| inútil em alguns trabalhos | 2 | |
| mais 40 anos | 2 | |
| maturidade | 2 | |
| modificador | 2 | |
| pensamento | 2 | |
| pobre | 2 | |
| pouca força | 2 | |
| precisa de ajuda | 2 | |
| precisa de carinho | 2 | |
| queixoso | 2 | |
| repouso | 2 | |
| tempo | 2 | |
| tempo de vida | 2 | |
| trabalhoso | 2 | |
| usa bengala | 2 | |
| velha | 2 | |
| violento | 2 | |

Quadro 2: Terceira Idade

Quadro ilustrante de respostas qualitativas e quantitativas.

| | | |
|---------------------|-----------|--|
| Abandonado | 46 | |
| Perca de faculdades | 29 | |
| Velho | 29 | |
| Terceira idade | 26 | |
| Em final de vida | 25 | |
| | 17 | |
| Reformado | 17 | |
| Idoso | 15 | |
| Experiente na vida | 14 | |
| Conselheiro | 13 | |
| Amoroso | 12 | |
| Incapacitado | 12 | |
| Violência | 12 | |
| triste | 11 | |
| doente | 9 | |
| longa vida | 9 | |
| biblioteca | 8 | |
| criança | 8 | |
| idade avançada | 8 | |
| histórica | 6 | |
| responsável | 6 | |
| cansado | 5 | |
| alegre | 4 | |
| carinhoso | 4 | |
| família | 4 | |
| antiquado | 3 | |
| complicado | 3 | |
| dever cumprido | 3 | |
| próximo da morte | 1 | |
| sofrer | 3 | |
| trabalhoso | 3 | |
| abençoada | 2 | |
| adulto | 2 | |
| antigo | 2 | |

| | | |
|---------------------|---|--|
| bêbado | 2 | |
| compreensiva | 2 | |
| debilitado | 2 | |
| dependente | 2 | |
| descanso | 2 | |
| desleixado | 2 | |
| digna | 2 | |
| exclusão | 2 | |
| fora da moda | 2 | |
| pouca produtividade | 2 | |
| queixoso | 2 | |
| respeitada | 2 | |
| sem possibilidade | 2 | |
| sem trabalhar | 2 | |
| sincera | 2 | |
| | | |